



**Universidade de  
Aveiro 2007**

Departamento de Economia, Gestão e  
Engenharia Industrial

**Jorge Humberto  
Fernandes Mota**

**Parcerias Publico Privadas: Teoria e Evidência do  
Sector da Saúde em Portugal**





**Jorge Humberto  
Fernandes Mota**

**Parcerias Publico Privadas: Teoria e Evidência do  
Sector da Saúde em Portugal**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Contabilidade e Auditoria, realizada sob a orientação científica do Doutor Mário Coutinho dos Santos, Professor Auxiliar da Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica do Porto



## **o júri**

**Presidente**

**Doutora Maria de Fátima Marques Teixeira Lopes Pinho**

Professora Adjunta do Instituto Superior de Contabilidade e Administração da Universidade de Aveiro

**Vogais**

**Doutor Mário João Coutinho dos Santos**

Professor Auxiliar da Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica do Porto

**Doutor Álvaro José Barrigas do Nascimento**

Assistente da Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica do Porto



## **Agradecimentos**

O desenvolvimento de um trabalho de investigação é algo que exige um intenso envolvimento pessoal na sua realização, o que acumulado com o decorrer normal de uma actividade profissional, origina consequentemente uma redução do tempo disponível para a família e amigos. O meu primeiro agradecimento vai para as pessoas que me são mais queridas e para as quais a minha disponibilidade tem sido escassa. Não poderei deixar de destacar em especial o meu filho Simão e a minha esposa Marlene, pela paciência com a minha frequente indisponibilidade.

Agradeço especialmente ao meu orientador, Professor Mário Coutinho dos Santos, pelo apoio dado, pela disponibilidade demonstrada, pela dedicação e pelas sugestões que foram determinantes para a realização desta dissertação.

A todos os professores com os quais tive a possibilidade de dialogar e conviver no meu percurso académico, dirijo uma palavra de agradecimento pelos conhecimentos transmitidos, que muito contribuíram para a minha formação.

Às instituições onde exerço a minha actividade profissional.

Um agradecimento a todas as instituições que colaboraram para ser possível a realização deste trabalho.

Uma palavra de agradecimento àqueles que me são particularmente gratos, aos meus amigos e aos meus colegas.

Por último, mas talvez os mais importantes, um grande agradecimento aos meus pais e a Deus por tudo o que me transmitiram e por tudo o que lutaram para que eu sempre tivesse as melhores oportunidades.

A todos o meu muito obrigado





## **Palavras-Chave**

*Project Finance*, Parcerias Publico Privadas, Risco, Comparador do Sector Público, *Value for Money*

## **Resumo**

No passado recente tem-se verificado uma utilização cada vez mais frequente de estruturas denominadas de “Parcerias Publico Privadas” (PPPs).

Este estudo pretende compreender quais os factores que poderão estar na origem de uma aplicação cada vez mais frequente deste tipo de financiamento estruturado. A discussão da literatura referente às PPPs na área da saúde, permite concluir que poderá existir um conjunto diferenciado de motivações que podem estar na origem da sua utilização como um veículo de financiamento de projectos em infra-estruturas a integrar no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O objectivo principal da presente dissertação é dar um contributo para um melhor conhecimento do tema referido, bem como tentar responder à principal questão de investigação empírica que consiste na tentativa de identificar os determinantes que poderão influenciar o recurso a PPPs na área da saúde numa amostra constituída por países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Os resultados obtidos poderão contribuir para ajudar a compreender melhor o caso Português.



**Keywords**

Project Finance, Public Private Partnerships, Risk, Public Sector Comparator, Value for Money

**Abstract**

In the recent past, one has witnessed a more frequent application of the so called Public Private Partnerships (PPPs) structures.

This study pretends to understand what factors can determine a more frequent application of this type of structured finance. The discussion of the literature referring to PPPs in the health sector, allow to conclude that are a group of motivations that can originate it's utilization as a vehicle to finance infra-structure projects for the National Health Service.

The main objective of the present investigation work is to contribute to a better understanding of this topic, as well as an attempt to try to answer to the main empirical research question, which consist in identifying the determinants that can motivate the utilization of PPPs in the health sector in sample with Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) countries only. The results of the research can help in a better understanding of the Portuguese case.



# ÍNDICE

<b>Introdução.....</b>	<b>- 1 -</b>
<b>Capítulo I: Introdução ao Estudo das Parcerias Publico Privadas (PPPs) .....</b>	<b>- 7 -</b>
<b>1.1. Introdução.....</b>	<b>- 7 -</b>
1.2. <i>As PPPs como uma variante do conceito base de Project Finance .....</i>	<i>- 8 -</i>
1.2.1. O que é uma operação de <i>Project Finance (PF)</i> ?.....	- 8 -
1.2.1.1. Enquadramento histórico, definições e caracterização .....	- 8 -
1.2.2. Especificidades das PPPs.....	- 20 -
1.2.2.1. Definições e caracterização .....	- 21 -
1.2.2.2. Distinção relativamente a outros instrumentos contratuais de financiamento e cooperação .....	- 29 -
1.2.3. Factores e vantagens que estão na origem da aplicação das PPPs.....	- 31 -
1.3. <i>Enquadramento jurídico das PPPs: Identificação e análise dos principais diplomas legais comunitários e nacionais.....</i>	<i>- 36 -</i>
1.3.1. Analisar as PPP à luz do direito comunitário .....	- 43 -
1.4. <i>Enquadramento Orçamental das PPPs.....</i>	<i>- 45 -</i>
<b>Capítulo II: Elementos-Chave no desenvolvimento de uma PPP.....</b>	<b>- 49 -</b>
2.1. <i>Introdução .....</i>	<i>- 49 -</i>
2.2. <i>O Comparador do Sector Público e outros modelos de decisão .....</i>	<i>- 49 -</i>
2.3. <i>Moldura Contratual / Arquitectura Contratual; O desenho da estrutura da concessão e do processo de concurso e os mecanismos de desenvolvimento e gestão dos contratos .....</i>	<i>- 59 -</i>
2.4. <i>Partilha de riscos .....</i>	<i>- 68 -</i>
2.5. <i>Alternativas de estruturação do financiamento.....</i>	<i>- 74 -</i>
2.6. <i>A regulação e a monitorização dos contratos .....</i>	<i>- 77 -</i>
2.7. <i>Questões centrais no desenvolvimento de uma PPP .....</i>	<i>- 78 -</i>
2.8. <i>Vantagens, desvantagens e limitações das PPPs .....</i>	<i>- 83 -</i>
<b>Capítulo III: As PPP's no sector da saúde .....</b>	<b>- 95 -</b>
3.1. <i>Introdução .....</i>	<i>- 95 -</i>



3.2. Breve historial e caracterização do sistema de saúde Português .....	- 95 -
3.3. Modelos base de aplicação de PPPs.....	- 108 -
3.4. Experiências de PPPs existentes noutros países .....	- 113 -
3.4.1. No sector da saúde .....	- 118 -
3.5. A experiência de Portugal na utilização de PPPs.....	- 126 -
3.5.1. Na saúde .....	- 129 -
3.5.2. Evolução futura .....	- 137 -
3.6. Análise empírica dos determinantes do recurso a PPPs na área da saúde.....	- 140 -
<b>Capítulo IV: Conclusão.....</b>	<b>- 162 -</b>
4.1. Principais conclusões.....	- 162 -
4.2. Sugestões para futuras pesquisas .....	- 164 -
Referências Bibliográficas .....	- 166 -





# ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.2.3.3 – Ponto óptimo de <i>Value for Money</i> .....	34 -
Figura 1.3.1. - Enquadramento Legal das Parcerias Público Privadas .....	37 -
Figura 1.3.2. - Enquadramento Legal das Parcerias Público Privadas no Sector da Saúde .....	39 -
Figura 1.3.3. – Ambiente institucional .....	40 -
Figura 1.3.4. – Resumo das abrangências do quadro legal na área da saúde, por subsectores .....	41 -
Figura 1.3.5. – Abordagem de Geometria Variável.....	42 -
Figura 2.2.1. Metodologia de construção do Custo Público Comparável.....	52 -
Figura 2.2.2 – <i>Price Cap</i> para o hospital de Loures .....	55 -
Figura 2.2.3 – <i>Price Cap</i> para o hospital de Cascais .....	56 -
Figura 2.2.4 – <i>Price Cap</i> para o hospital de Braga.....	57 -
Figura 2.2.5 – <i>Price Cap</i> para o Centro de atendimento do SNS .....	57 -
Figura 2.2.6 – <i>Price Cap</i> para o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul.....	58 -
Figura 2.3.1. - Fases de um processo concursal de PPPs para a área da saúde.....	59 -
Figura 2.3.2. – Esquema do desenrolar do processo concursal de PPPs na área da saúde .....	61 -
Figura 2.3.3. – Estrutura convencional de um <i>Project Finance</i> .....	65 -
Figura 2.4.1. - Resumo dos principais riscos inerentes a um projecto de PPP .....	71 -
Figura 2.4.2. - Duas Sociedades Gestoras – Dois Mecanismos de Pagamento Distintos .....	74 -
Figura 2.5.1. - Desenvolvimento do mercado europeu de obrigações em utilização nas PPPs .....	75 -
Figura 3.1.1. - Objectivo programático para a reforma estrutural do SNS .....	97 -
Figura 3.1.2. - Sistema de prestação de cuidados de saúde em rede.....	98 -
Figura 3.3.1. – Tipos de PPPs de acordo com o grau de transferência do risco .....	111 -
Figura 3.4.1. – Contratos de PPP's realizados no Reino Unidos, por áreas, entre as datas de 1998 e 2002 .....	115 -
Figura 3.4.1.1. - PPPs na área da saúde, uma visualização sobre o panorama europeu.....	118 -
Figura 3.4.1.2. - Diversificação de Programas e Modelos PPPs.....	120 -
Figura 3.4.1.3. – Principais modelos internacionais de participação de agentes privados no sector da saúde .....	121 -
Figura 3.5.1. - Principais projectos de PPPs realizados e a realizar em Portugal .....	127 -
Figura 3.5.1.1. – Matriz de áreas de cuidados de saúde versus o tipo de contrato .....	129 -
Figura 3.5.1.2. – Programa de PPPs para Portugal .....	131 -
Figura 3.5.1.3. – Estado actual da primeira fase de PPPs.....	132 -
Figura 3.5.1.4. – Ponto de situação dos projectos da segunda vaga de PPPs .....	133 -
Figura 3.5.1.5. – Modelo de PPPs para o sector hospitalar .....	134 -



Figura 3.5.1.6. – Dois objectivos / Dois mecanismos de pagamento .....	- 135 -
Figura 3.5.1.7. – Estrutural contratual das PPPs para o sector hospitalar português .....	- 136 -
Figura 3.5.1.8. – Modelo contratual de PPPs para gestão pura .....	- 137 -
Figura 3.5.1.9. – Modelo de PPPs para infra-estruturas .....	- 138 -
Figura 3.5.1.10. – Modelo de PPPs separado .....	- 138 -
Figura 3.5.1.11. – <i>Ranking</i> dos modelos contratuais de PPPs .....	- 139 -

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 3.6.1. – Variável X1.....	-146-
Tabela 3.6.2. – Variável X2 .....	- 151-
Tabela 3.6.3. – Variável X3.....	- 153-
Tabela 3.6.4. – Variável Yi .....	- 155-
Tabela 3.6.5. – Quadro resumo da estimação da regressão logística (logit) .....	- 157-
Tabela 3.6.6. – Quadro que expressa diferencial entre o sinal esperado para o coeficiente das variáveis e o sinal realmente obtido para o referido coeficiente .....	- 158-
Tabela 3.6.7. – Quadro resumo da estimação da regressão logística (logit) com apenas uma variável explicativa - variável X2 .....	- 158-



# Introdução

"PPPs may be broadly defined as financial arrangements between governments and the private sector, where the private sector provides financial and other forms of capital to fund the construction and maintenance of government services including schools, hospitals, water supplies and road and rail networks" Blake (2004).

As Parcerias Publico Privadas (PPP), ou o correspondente termo anglo-saxónico Public Private Partnerships, designam, como refere Blake (2004), anteriormente citado, entre outros, uma forma de cooperação entre autoridades públicas e operadores privado, onde os operadores económicos fornecem meios para financiar, construir, assegurar a manutenção de serviços públicos, tais como: educação, saúde pública, transportes, abastecimento de água, gestão de resíduos, entre outros.

Os Governos enfrentam cada vez mais pressões no sentido de prestarem maior diversidade de serviços e de melhor qualidade mas, por outro lado, deparam-se com crescentes limitações orçamentais e com regras de controlo orçamental emanadas por entidades superiores, como é o caso do Pacto de Estabilidade e Crescimento (PEC).

Neste sentido, emerge a problemática cada vez mais actual de como prestar uma rápida entrega de infra-estruturas e de serviços de melhor qualidade aos utilizadores finais, com recursos cada vez mais limitados.

Surgiu a ideia (não recente) de promover o envolvimento do sector privado na prestação de serviços públicos, aos quais até então o acesso lhe estava vedado. O envolvimento dos operadores privados com as autoridades públicas é uma relação com alguma experiência acumulada<sup>1</sup>. Em muitas infra-estruturas promovidas por autoridades públicas, foram estabelecidos contratos de empreitada, onde, por exemplo, os operadores privados fiquem responsáveis pela construção de uma determinada infra-estrutura. Os contratos de empreitada têm algumas limitações, que se consubstanciam, essencialmente,

---

<sup>1</sup> "Governments have many mechanisms for providing public goods and services, from direct delivery to "outsourcing" to franchised delivery through private monopoly. Many of these mechanisms involved partnerships with the private or nonprofit sector (...)" (Forrer (2002))

na falta de responsabilização e no não alocamento dos riscos de construção ao operador privado, que foi a entidade que executou a referida construção e, com tal deve ficar obrigada a prestar-lhe garantias.

No seguimento do relacionamento existente entre as duas partes, que em alguns sectores até já assumia a forma de um financiamento estruturado – *Project Finance* (PF)<sup>2</sup>, como já era utilizado no caso português no âmbito das auto-estradas e pontes (Pontes 25 de Abril e Ponte Vasco da Gama), surge um aprofundamento do mesmo, tendo como objectivo principal efectuar uma partilha dos riscos do projecto, pelas partes que melhor consigam lidar com o mesmo. Desta forma, as autoridades públicas conseguiam uma partilha dos riscos do projecto e asseguravam a continuidade da construção de infra-estruturas e a prestação de serviços públicos essenciais. Na óptica dos operadores económicos, era o emergir de novos mercados que poderiam vir a explorar. Mas, para que todo este mecanismo funcione, é essencial o comprometimento de ambas as partes com o projecto e também, que seja criada uma base legal que regule o relacionamento entre as partes, de modo a que este seja perfeito, minimizando a possibilidade de ocorrência de conflitos.

Desta forma, existiu um natural desenvolvimento e amadurecimento do conceito de PPPs<sup>3</sup>. No âmbito deste desenvolvimento, muitos têm sido os autores que têm focado as diferenças entre privatizações e PPPs. As privatizações como "(...) the act of reducing the role of government or increasing the role of the other institutions of society in producing goods and services and in owning property" e as PPPs como "(...) any arrangement between a government and the private sector in which partially or traditionally public activities are performed by the private sector" (Savas (1999, p. 3)).

As PPPs têm na sua base o estabelecimento de uma parceria, que se consubstancia como sendo uma forma de aproveitamento de possíveis sinergias das partes envolvidas em que "*the sum is greater than the parts*". Uma das principais particularidades da evolução do conceito de PPPs foi o facto de estas se estenderem a áreas da sociedade que até então eram da exclusiva responsabilidade das autoridades públicas, como são os casos da saúde,

---

<sup>2</sup> Financiamento de um projecto com base nos *cash flows* gerados na exploração concreta do mesmo.

<sup>3</sup> "Partnerships represent the second generation of efforts to bring competitive market discipline to bear on government operations (...)" (Rosenau (2000))

educação, abastecimento de águas, entre outras.

A realização de PPPs não se deve efectuar apenas com base nas necessidades que as autoridades públicas têm de partilhar os riscos dos projectos, bem como, a necessidade de construção de infra-estruturas e prestação de serviços públicos quando enfrentam dificuldades de financiamento. As PPPs devem ser realizadas, quando se provar que a sua utilização promove eficiência<sup>4</sup> e ganhos (*value for money*<sup>5</sup> (VFM)) relativamente a uma possível realização do projecto ou prestação do serviço por parte das autoridades públicas. Para que se possa avaliar a eficiência e os possíveis ganhos das PPPs relativamente à contratação tradicional, deverá ser construído um Comparador do Sector Público (CSP ou *Public Sector Comparator* (PSC)) que "(...) describes in detail all costs if the project was procured directly by the public sector" (Akintoye, Beck e Hardcastle (2003, p. 127)).

A importância deste "novo" mecanismo de financiamento de infra-estruturas e prestação de serviços públicos é considerável, tendo sido objecto de estudo por vários autores. Os motivos que justificam a relevância das PPPs são inúmeros, tais como: forma de "contornar" as restrições orçamentais; permitem multiplicar o número de iniciativas; melhoria da eficiência e da eficácia; construção de infra-estruturas ou serviços com custos mais baixos; maior rapidez na construção das infra-estruturas, entre outras. Todas as motivações que foram averiguadas na discussão da literatura serão questionadas ao longo da presente dissertação. Serão ainda apresentadas possíveis desvantagens das PPP, tais como as referidas por Blake (2004)<sup>6</sup>, entre outros.

O objectivo da presente dissertação é desenvolver um modelo empírico que permita identificar os determinantes que poderão influenciar o recurso a PPPs na área da saúde

---

<sup>4</sup> "Public-private partnerships (PPPs) combine the deployment of private sector capital and, sometimes, public sector capital to improve public services or the management of public sector assets. By focusing on public service outputs, they offer a more sophisticated and cost-effective approach to the management of risk by the public sector than is generally achieved by traditional input-based public sector procurement" (Gerrard (2001)).

<sup>5</sup> "VFM is usually demonstrated by comparing private sector bids with an independent public sector comparator (...)" (Akintoye, Beck e Hardcastle (2003, p. 127)).

<sup>6</sup> - The raising of capital through PPPs may actually be more expensive than government directly borrowing the necessary capital;  
- When investing in government infrastructure, the private sector demand higher profits which in turn results in higher costs to the government and the community;  
- PPPs are sometimes inappropriately applied and poorly understood; and  
- PPPs can hide behind commercial-in-confidence clauses that reduce the community's capacity for scrutiny" (Blake (2004)).

numa amostra constituída por países da OCDE e, com os resultados obtidos tentar compreender melhor o caso Português.

Sintetizando, os factores que poderão motivar a realização de PPPs no sector da saúde podem ser conjugados em três grupos: o primeiro referente às restrições orçamentais da Administração Central do Estado decorrentes do excesso de despesa pública; o segundo, relacionado com a obtenção de ganhos de eficiência na prestação dos serviços de saúde; e o terceiro decorrente das possíveis carências em termos de novos equipamentos para a área da saúde.

Para tal, foram utilizados como amostra dados referentes aos Países da OCDE na presente data e, para o período amostral de 1995 a 2003 inclusive.

Depreendemos que a realização das PPPs é um dado adquirido, inquestionável, são vistas, após o seu aparecimento, como uma possível solução de “financiamento público” mas, não existem muitos autores a questioná-las de forma vidente, a colocarem em causa as motivações da sua existência, por isso, achamos que o objectivo desta dissertação, que se consubstância na tentativa de identificar qual a significância que determinadas motivações poderão ter na explicação da opção pela realização de PPPs, seria de todo pertinente.

A presente dissertação encontra-se organizada em quatro capítulos.

O capítulo um explana sobre a contextualização do aparecimento das PPPs e, da sua ligação às operações de *Project Finance*, como sendo um tipo de financiamento que lhes terá dado “origem”. Este capítulo inicia-se com a referência ao facto de as PPPs serem uma variante do conceito de *Project Finance* (1.2.). De seguida, define-se, caracteriza-se e procede-se ao enquadramento histórico do *Project Finance* (1.2.1. e 1.2.1.1.). No ponto 1.2.2., iniciam-se as especificações relacionadas com as PPPs, bem como a sua distinção relativamente a outros instrumentos contratuais de financiamento e cooperação (1.2.2.2.). Neste capítulo é feita referência aos factores e vantagens que estão na origem da aplicação das PPPs (1.2.3.), bem como ao enquadramento jurídico e orçamental das mesmas (1.3. e 1.4.).

O segundo capítulo, relaciona os elementos chave do desenvolvimento de uma PPP e foca os aspectos relacionados com o estabelecimento de PPPs. Desde a análise do Comparador do Sector Público como elemento do processo de decisão das PPPs (2.2.), passando pela moldura contratual da concessão (2.3.), pela partilha dos riscos do projecto



(2.4.), pela análise de estruturas alternativas de financiamento (2.5.), até à regulação e monitorização dos contratos (2.6.). No referido capítulo serão ainda alvo de reflexão as motivações que poderão estar na origem do estabelecimento de PPPs (2.7.), bem como a análise das possíveis vantagens, desvantagens e limitações associadas às mesmas (2.8.).

No capítulo terceiro, iremos focalizar-mo-nos mais no objecto do nosso estudo - as PPPs no sector da saúde. Faremos uma breve evolução histórica do sistema de saúde português, para que possamos identificar as suas lacunas e limitações, com o intuito de que se possam propor futuras melhorias (3.2.) e analisaremos os modelos base que estão na origem da aplicação das PPPs (3.3.). Em seguida serão analisadas as experiências tidas com PPPs noutros países (3.4.), principalmente no sector da saúde (3.4.1.), bem como a experiência que Portugal tem no estabelecimento de PPPs nas mais diversas áreas (3.5.), assim como serão alvo de análise as evoluções que se têm verificado no sector da saúde em Portugal, com o objectivo de se virem a realizar PPPs (3.5.1.). No ponto 3.6. iremos efectuar a análise empírica relacionada com alguns dos determinantes que poderão motivar a realização de PPPs na área da saúde.

Por último, finaliza-se a presente dissertação com a referência às principais conclusões (4.1.) resultantes deste trabalho de investigação, assim como são identificadas as limitações que a análise empírica revela, seguindo-se algumas recomendações que poderão ser úteis para investigações futuras (4.2.).



# **Capítulo I**

## **Introdução ao Estudo das Parcerias Público Privadas (PPPs)**



# Capítulo I: Introdução ao Estudo das Parcerias Público Privadas (PPPs)

*"Economics is often defined as a field that aims to understand the process by which scarce resources are allocated to their most efficient uses, and markets are generally seen as playing a central role in this process."*

Patrick Bolton e Mathias Dewatripont, (2005) *Contract Theory*, MIT Press

## 1.1. Introdução

De acordo com a opinião generalizada e expressa por Simões (2004, p. 28) "(...) as parcerias público-privadas não são algo de verdadeiramente novo, uma vez que frequentemente se baseiam em técnicas concessórias e de financiamento de empreendimentos públicos já praticadas por muitas Monarquias e Repúblicas nos finais do século XIX e primórdios do século XX". O que é verdadeiramente novo nesta nova e forte tendência à escala global de proliferação das Parcerias Público Privadas é o objecto das mesmas: serviços públicos de natureza não infraestrutural (serviços públicos com uma grande componente operacional – *public utilities*), o que vem alterar a ideia pré-concebida segundo a qual o prestador de serviços públicos por excelência é o poder central ou organismos em representação deste. Mas as parcerias no sector da saúde têm algo ainda mais inovador, o facto de serem parcerias "(...)num sector de interesse geral predominantemente social e não-económico"<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> O modelo de PPP avançado para Portugal vai ainda mais além, não tendo paralelismo com a experiência Internacional (Simões (2004, p. 28)).

## **1.2. As PPPs como uma variante do conceito base de *Project Finance***

### **1.2.1. O que é uma operação de *Project Finance* (PF)?**

#### **1.2.1.1. Enquadramento histórico, definições e caracterização**

O conceito de Finanças pode ser definido como uma disciplina que se ocupa do estudo da afectação mais eficiente de recursos escassos, processo no qual os mercados desempenham um papel fundamental (intermediação). Na prática, foi possível constatar que é extremamente difícil encontrar um ou dois agentes que consigam financiar um projecto de grande envergadura só com base nos seus próprios recursos, e a situação fica ainda mais agravada com a dificuldade em contratualizar individualmente com todos os agentes que estariam dispostos a disponibilizar recursos para o projecto. A sucessão dos acontecimentos anteriormente descritos esteve na origem do aparecimento dos intermediários financeiros que tentaram responder às expectativas dos agentes aforradores e dos agentes investidores, através do agrupamento de recursos que lhes permitiria ultrapassar os dois principais problemas existentes na relação entre aforradores e investidores: a intermediação de montantes e a intermediação de maturidades.

O aparecimento dos intermediários financeiros fica a dever-se a uma tentativa para resolver um problema ao qual o livre funcionamento do mercado não consegue dar a resposta mais eficiente: assegurar que os recursos escassos sejam afectados aos projectos mais eficientes.

Existem dois tipos de intermediários financeiros: Instituições Financeiras (financiamento indirecto) e Mercados Financeiros (financiamento directo).

Nos Mercados Financeiros comercializam-se produtos *standardizados*: acções, obrigações, *Swaps*, *Warrants*, etc., num montante muito superior ao volume de negócios das Instituições Financeiras.

Como resposta a uma maior utilização dos Mercados Financeiros para a recolha de financiamento para projectos, as Instituições Financeiras tiveram a necessidade de criar

tipos de produtos, feitos por medida, que não pudessem ser comercializados nos Mercados Financeiros, como por exemplo o *Project Finance*.

### **Evolução histórica da intermediação financeira à luz da teorização existente**

As ideias que sustentam a tradicional Teoria da Intermediação, segundo a qual existe um benefício claro decorrente da intermediação financeira, são:

- Custos de transacção;
- Assimetria da informação;

A referida teoria foi construída com base na figura de instituições que aceitam depósitos e canalizam esses fundos para empresas ou projectos que os procuram, conseguindo essas instituições promover a satisfação dos anseios de ambos os agentes envolvidos (aforradores e investidores), beneficiando-os com menores custos de transacções conseguidos pelas instituições financeiras através de economias de escala e de gama<sup>8</sup>, sofrendo menos ambas as partes, com a lacuna designada por assimetria de informação.

Contudo, nas épocas mais recentes, têm existido mudanças significativas e os custos de transacção e a assimetria de informação têm diminuído, contrastando com um incremento na intermediação. Novos mercados para futuros e opções são mercados destinados mais aos intermediários que aos investidores individuais ou firmas. Estas alterações são difíceis de conciliar com teorias tradicionais de intermediação<sup>9</sup>.

Actualmente, o foco principal dos agentes que praticam a intermediação deslocou-se dos antigos factores considerados mais valias<sup>10</sup>, para novos factores: gestão do risco, facilitadores de transferência de risco, prestação de um novo serviço que permite às empresas poderem participar em novos mercados, reduzir os custos de participação<sup>11</sup> (Allen e Santomero (1996, p. 5-6)).

Nos momentos iniciais que antecederam e justificaram o aparecimento dos intermediários financeiros, vigorava a teoria tradicional de *Arrow-Debreu* referente à melhor gestão de recursos, segundo a qual, empresas e agentes (aforradores) individuais/domésticos, interagiam através do mercado e os intermediários financeiros não

---

<sup>8</sup> *Cross selling*.

<sup>9</sup> Muitas das actuais teorias da intermediação estão demasiadamente focadas nas funções das instituições (visão funcional) que já não são cruciais em muitos sistemas financeiros desenvolvidos (Allen e Santomero (1996, p. 4)).

<sup>10</sup> Custos de transacção e assimetria da informação.

<sup>11</sup> Custos de participação – custos com a aprendizagem da utilização/participação efectiva em novos mercados (Allen e Santomero (1996)).

tenham qualquer papel. De acordo com a teoria da eficiência de *Pareto*, quando os mercados são perfeitos e completos, a colocação de recursos é eficiente e a intervenção dos intermediários não a vai melhorar. Mais ainda, segundo o teorema de *Modigliani-Miller* aplicado a este contexto, a estrutura financeira aparenta não ter relevância, ou seja, os agentes domésticos conseguem construir os seus próprios portefólios, retirando importância a qualquer posição que os intermediários pudessem ter<sup>12</sup>.

As anteriores constatações estão aparentemente desfasadas da realidade. Historicamente, os bancos e as companhias de seguros têm tido um papel fulcral<sup>13</sup>. Os bancos existem desde tempos ancestrais, aceitando depósitos de agentes domésticos e efectuando empréstimos a agentes económicos que requeriam capital. A actividade seguradora tem também uma longa história, principalmente o seguro marítimo. Em contraste, os mercados financeiros apenas têm ganho importância recentemente e ainda assim em apenas alguns países, primariamente o Reino Unido, seguindo-se-lhe os Estados Unidos da América. Mesmo nos países anteriormente referidos, os bancos e as companhias de seguros é que têm assumido o lugar de destaque na transformação de poupanças domésticas em investimentos e activos reais. Seguiu-se uma época em que muitos autores estudaram e acentuaram as razões que entendiam como justificativas para a existência dos intermediários financeiros<sup>14</sup> (Allen e Santomero (1996, p. 2-3)).

A realidade é que os sistemas financeiros, em muitos países, passaram por acentuadas alterações nos últimos anos. Mercados financeiros, como os de acções e obrigações, cresceram a ritmos acentuados. Ao mesmo tempo houve uma aceleração das inovações financeiras<sup>15</sup>, bem como a introdução de novos produtos financeiros como *Swaps* e *Options*. Vários produtos financeiros, que viram o seu volume de transacções aumentarem exponencialmente, tais como os futuros, opções, deram origem a novos mercados principais.

---

<sup>12</sup> Ver Fama (1980), referido por (Allen e Santomero (1996, p. 2)).

<sup>13</sup> Exceptuando-se possíveis casos de economias em desenvolvimento, numa fase inicial. Mesmo nestas situações, o desenvolvimento das instituições financeiras influenciam o desenvolvimento dos mercados financeiros.

<sup>14</sup> Custos de transacção e assimetria da informação.

<sup>15</sup> Com base nos registos passados, poderemos ter duas situações que têm sido apelidadas de inovação:

- Avanço que se tenha passado por extrapolação dos registos passados;
- Avanço que contenha o factor surpresa; e,

Podemos distinguir inovação em dois tipos:

- A que produz efeitos permanentes;
- A que produz efeitos transitórios;

(Miller (1986)).



O maior impulso para o aparecimento de inovação financeira<sup>16</sup> de sucesso foi dado pela regulamentação e pelos impostos estabelecidos pelos Governos, como referiu Merton (1995, p. 28). Efectuar mudanças na estrutura de impostos motiva e define uma inovação financeira com sucesso<sup>17</sup>. Cada inovação, que faz o seu papel com sucesso, gera uma recompensa imediata para as pessoas que a adoptarem sob a forma de dinheiro poupado nos impostos.

O Governo está virtualmente a subsidiar o processo de inovação financeira.

Qual é a inovação que merece esse rótulo (de inovação) com maior significado nos últimos vinte anos?

As verdadeiras e significativas inovações financeiras são aquelas que não tentam apenas sobreviver, mas pensam em continuar a crescer, por vezes substancialmente, mesmo quando lhes retiram a base inicial que lhes deu força.

Será que a grande onda de inovação financeira dos últimos vinte anos terá tendência para abrandar ou será que vai continuar a aumentar rapidamente?

O processo de inovação vai abrandar mas, não vai parar (Miller (1986)).

Verifica-se que o incremento no desenvolvimento dos mercados financeiros foi resultado do aumento da utilização dos seus produtos financeiros por parte das instituições financeiras e empresas. Os mercados financeiros não têm sido utilizados pelos aforradores domésticos com grande expressão. O seu desenvolvimento coincidiu com uma viragem de direcção na participação dos aforradores individuais nos mercados financeiros que participam agora nos referidos mercados, mas através de vários tipos de intermediários. Novos tipos de intermediários, como por exemplo, empresas financeiras não bancárias<sup>18</sup>, emergiram.

Em resumo, os intermediários tradicionais declinaram em termos de importância, ainda que, o sector tenha sofrido uma expansão. Em resposta a esta diminuição de

---

<sup>16</sup> A Engenharia Financeira é um meio para impulsionar a inovação financeira. É um mecanismo frequentemente utilizado por empresas que prestam serviços financeiros para tentarem encontrar a melhor solução para problemas financeiros específicos dos seus clientes. O processo de Engenharia Financeira pode ser subdividido em cinco passos: Diagnóstico; Análise; Produção; Preço / orçamentação; Adaptação do instrumento criado para as necessidades específicas de cada cliente (Merton (1995, p. 28)).

Michael Farrell (2002) refere que, "The recent development of a new science of risk management, called financial engineering, has dramatically altered the traditional logic used by financial decision-makers to assess the risk-return characteristics of a wide variety of investment assets and led to the emergence of the new profession of financial engineer."

<sup>17</sup> Existem inovações que por vezes vão muito além das intenções originais dos seus patrocinadores.

<sup>18</sup> Exemplo: *General Electric Capital* (Allen e Santomero (1996, p. 5))

importância, as actividades das instituições financeiras tradicionais, tais como bancos e seguradoras, também alteraram. Os bancos que habitualmente recebiam depósitos e efectuavam empréstimos, verificaram que poderiam securitizar os empréstimos<sup>19</sup>.

A revolução tecnológica reduziu substancialmente os custos de transacção e a assimetria da informação, apesar de não ter diminuído a necessidade dos serviços prestados pelos intermediários financeiros. De facto, as observações indicam o oposto. A diminuição da importância dos factores apontados como causadores das imperfeições no mercado e que levavam à necessidade de serviços de intermediação, não teve como consequência uma redução na actividade dos intermediários. A intermediação está numa fase próspera e de crescimento<sup>20</sup>. Provavelmente a alteração mais importante na actividade dos intermediários financeiros nos últimos trinta anos, é o aumento da importância de um novo serviço – gestão do risco. Como foi referido anteriormente, as alterações nos mercados onde se executava a cobertura do risco, levou a que muitos aforradores individuais ou empresas, não efectuassem a cobertura do seu próprio risco. Esta alteração levou a que a gestão do risco se tenha tornado a actividade central de muitos intermediários financeiros (Allen e Santomero (1996, p. 8)). O controlo/gestão do risco passou a ser o principal mercado para os intermediários financeiros (Merton (1995, p. 32))

Robert C. Merton (1995, p. 23-28) dá a sua contribuição para a literatura financeira, sugerindo que, o sistema financeiro deveria ser analisado em termos da sua perspectiva funcional e não da sua perspectiva institucional<sup>21</sup>. No seguimento da abordagem do autor supra citado, a função primária de qualquer sistema financeiro é a de facilitar a colocação e abertura dos recursos económicos, espacial e temporalmente, num ambiente incerto.

No sistema financeiro, podem-se distinguir seis funções principais de fornecimento

---

<sup>19</sup> i.e., eles não necessitavam de ter no seu balanço todos os empréstimos que poderiam originar. O processo de Securitização é essencialmente a remoção de activos não transaccionados do balanço do intermediário financeiro, através da construção de um *packing* desses activos numa forma convencional e da sua venda num mercado financeiro (Merton (1995, p. 25)). Segundo Roever e Fabozzi (2003) "Securitization is a form of financing where monetary assets with predictable cash flows are pooled and sold to a specially created third party that has borrowed money to finance the purchase. Securitization is a form of structured finance."

Ver a propósito Minh Van Ngo (2002).

<sup>20</sup> A julgar pelos resultados extremamente positivos que têm sido constante e continuamente apresentados pelas instituições financeiras.

<sup>21</sup> A perspectiva funcional baseia-se nos serviços prestados pelo sistema financeiro, fornecendo uma forma para transferir recursos económicos através do tempo. Em contraste, na perspectiva institucional o foco central são as actividades das actuais instituições como bancos e seguradoras. A abordagem de Merton (1995, p. 23-28) baseou-se no facto de, durante longos períodos de tempo, as funções terem sido muito mais estáveis que as instituições. As instituições vão e vêm, são alteradas, mas as necessidades funcionais persistem ainda que revestindo-se de diferentes formas de prestação.

de: (Merton, 1995, p. 24)

- um sistema de pagamentos para a troca de materiais e serviços;
- um mecanismo de recolha de fundos que permitirão financiar grandes projectos;
- uma forma de transferir recursos económicos através dos tempos, regiões geográficas e indústrias;
- um meio para gerir e controlar o risco incerto;
- informação de preços que ajuda a coordenar decisões descentralizadas tomadas em vários sectores da economia;
- meios para lidar com a assimetria da informação e com problemas de incentivo quando uma das partes numa transacção financeira tem informação que a outra parte não têm;

### **Principais características de um financiamento estruturado**

O financiamento estruturado baseia-se num princípio central:

- Um grupo definido de activos pode ser estruturalmente isolado e depois servir de base a um financiamento que é independente dos riscos de falência do originador dos activos. Ao isolar os activos, o originador obtém acesso mais fácil ao mercado de capitais conseguindo fundos a um custo mais baixo. Um dos principais benefícios do financiamento estruturado é a redução dos custos de financiamento (através de uma taxa de juro mais baixa no empréstimo).

As partes envolvidas num financiamento estruturado incluem tipicamente as seguintes entidades (das quais pode participar mais do que uma): os originadores dos activos; uma sociedade veículo – *SPV (special purpose vehicle)*; as entidades que dão garantias financeiras; o serviçal (quem faz a recolha dos recebimentos, a distribuição dos *cash flows* directos e por outro lado actua como agente para os detentores de obrigações); o fornecedor de liquidez (uma carta de uma instituição de crédito); um *trustee* ou um agente colateral; um agente segurador que subscreva o projecto; e uma agência de *rating* (Committee on Bankruptcy and Corporate Reorganization of The Association of the Bar of the City of New York (2000, p. 101)).

### **Definições de *Project Finance***

- "*Project Finance*: financiamento de um projecto com base nos meios gerados na exploração concreta do empreendimento" (Santos (1997, p. 234)).
- "(...) *The raising of funds to finance an economically separable capital investment project in which the providers of the funds look primarily to the cash flow from the project as the source of funds to service their loans and provide the return of and a return on their equity invested in the project.*" (Finnerty (1996, p. 2)) citado por (Esty e Aldo Sesia Jr. (2005, p. 2)).
- "*A Financing of a particular economic unit in which a lender is satisfied to look initially to the cash flow and earnings of that economic unit as the source of funds from which a loan will be repaid and to the assets of the economic unit as collateral for the loan.*" (Nevitt and Fabozzi (2000, p. 1)) citado por (Esty e Aldo Sesia Jr. (2005, p. 2)).
- "*Project Finance involves the creation of a legally independent project company financed with nonrecourse debt (and equity from one or more sponsoring firms) for the purpose of financing a single purpose capital asset, usually with a limited life.*" (Benjamin C. Esty e Aldo Sesia Jr. (2005, p. 2))
- "(...) *limited or non-recourse financing of a newly to be developed project through the establishment of a vehicle company.*" (Kleimeier e Megginson (1999, p. 2))
- "*Project Finance: Involves a corporate sponsor investing in and owning a single-purpose industrial asset (usually with a limited life) through a legally independent entity financed with nonrecourse debt.*" (Esty (2002, p. 15)).

De acordo com uma intervenção do Secretário de Estado do Tesouro e das Finanças no "*Project Finance — A Perspectiva Financeira do Estado*" em Lisboa, a 11 de Julho de 1996, no Centro Cultural de Belém, "(...) o *project finance* consiste numa modalidade de financiamento estruturado pela qual a dívida é garantida "apenas" pelos próprios *cash-flows* do projecto, isto é,

a remuneração dos capitais investidos depende unicamente dos *cash-flows* libertados, sem que as entidades credoras tenham recurso sobre os capitais próprios das empresas promotoras do projecto.”<sup>22</sup>

*Project Finance* representa um tipo de financiamento de um projecto que é garantido apenas pelos *Cash Flows* que o mesmo venha a gerar no futuro. Trata-se de um financiamento realizado para grandes projectos, em que uma entidade, ou mesmo várias entidades não teriam capacidade de endividamento para o financiar, nem capacidade para assumir e gerir todos os riscos inerentes ao mesmo<sup>23</sup>. Para tal, pressupõe a criação de uma *SPV*<sup>24</sup> – Sociedade Veículo, que será a garante de todo o projecto, e não permitirá o recurso aos activos das entidades originadoras (que estão por detrás da *SPV*), terá garantias de entidades terceiras, o que dará credibilidade e consistência ao projecto, para além de permitir obter financiamento a mais baixos custos (menor *Spread*). É um tipo de financiamento que pressupõe maturidades superiores às dos empréstimos correntes<sup>25</sup>.

A anterior definição reconhece aspectos chave do *Project Finance*:

---

<sup>22</sup> *Project Finance* “(...) refere-se ao financiamento de longo prazo de infra-estruturas, projectos industriais e serviços públicos, baseado numa estrutura financeira onde todo o endividamento e capital próprio usados são pagos pelos *cash-flows* gerados no projecto.” (Pereira, Rangel e Jales (2002, p. 4)).

<sup>23</sup> “Esses empreendimentos, pela sua dimensão, seriam inexecutáveis para uma empresa/grupo económico quer pelas dimensões do investimento, quer pelo grau de risco que acarretariam.” (Pereira, Rangel e Jales (2002, p. 4)).

Principais diferenças dos financiamentos recorrendo a *PF* ou a empréstimos normais:

- Média de maturidade mais longa;
- Mais propícios a terem garantias de uma terceira parte, que vai proporcionar um *spread* mais baixo. Apesar de ser um financiamento que não dá o direito a recurso a bens dos seus originadores, têm *spreads* mais baixos (indexados à EURIBOR) do que a maioria dos empréstimos comparáveis sem recurso a *PF*; “(...) este tipo de montagem permite que os bancos ofereçam taxas de juro iguais ou até mesmo inferiores àquelas que eventualmente ofereceriam ao nível do chamado *corporate finance*.” (Secretário de Estado do Tesouro e das Finanças (1996));
- Podem ser estendidos a aforradores fora dos países de origem dos projectos e até a aforradores em países com um nível geral de risco mais elevado;
- Os financiamentos de *PF* envolvem mais bancos na sua participação;
- Mais propícios a usarem taxas fixas do que taxas variáveis; (Kleimeier e Megginson (1999, p. 2))

Comparação entre os 4.956 empréstimos recorrendo ao *PF* (num total de 634 biliões de dólares) com os 90.784 empréstimos sindicados como não sendo *PF* (num total de 13,2 triliões de dólares), registados nos mercados de capitais internacionais desde 1980. (Kleimeier e Megginson (1999, p. 2)).

<sup>24</sup> “(...) uma sociedade para cujo capital social contribuem as empresas promotoras do empreendimento em causa, e cuja única função é, precisamente, a de gerir o projecto, sendo que, em caso de incumprimento, apenas poderão ser executados os capitais próprios da *SPV*.” (Secretário de Estado do Tesouro e das Finanças (1996)).

<sup>25</sup> “(...) o que torna o *Project Finance* tão atractivo é a possibilidade de manter o financiamento de grandes projectos fora do Balanço dos que nele participam e dessa forma implementar o projecto com um recurso limitado a capitais próprios.” (Pereira, Rangel e Jales (2002, p. 8)).

1. É um investimento num activo físico de longo prazo;
2. Pressupõe a criação de uma entidade legal e independente que é a proprietária dos activos do projecto; o *Project Finance* pode representar uma forma de retirar, os activos e passivos presentes no projecto, do balanço das empresas patrocinadoras;
3. Altera a natureza do financiamento – devido ao facto da empresa criada no âmbito do projecto ser legal e independente, a dívida pode ser estruturada sem recorrer aos patrocinadores (Esty e Aldo Sesia Jr. (2005, p. 3)).

### **Evolução Histórica do *Project Finance***<sup>26</sup>

Globalmente depreende-se que *Project Finance* é um fenómeno relativamente recente mas, o seu historial pode ser traçado desde há centenas de anos atrás. Uma das primeiras aplicações relatadas de *Project Finance* data de antes de 1299, quando a Coroa Inglesa estabeleceu um contrato com um banco com o objectivo de desenvolver as minas de prata de *Devon*. O banco receberia durante um ano todo o *output* que fosse retirado das referidas minas, como contrapartida pagaria todos os custos de operacionalização e, sem poder recorrer aos activos da Coroa Britânica, caso o valor dos *output's* retirados das minas no primeiro ano, fossem inferiores ao esperado. Hoje em dia o tipo de empréstimo referido anteriormente é conhecido por *production payment loan*. Algumas expedições comerciais no século XVII e XVIII também foram financiadas com base num *Project Finance*. Investidores facultavam fundos às Companhias Alemã e Britânica das Índias, para poderem efectuar viagens à Ásia, (fundos) que posteriormente eram pagos através das vendas das cargas que retornavam.

Algumas das primeiras aplicações do *Project Finance* nos EUA foram feitas em caminhos-de-ferro, recursos naturais e em sectores estatais.

Durante a década de setenta, os *Project Finance* começaram a desenvolver-se em direcção à sua forma mais moderna, parcialmente em resposta a várias descobertas de recursos naturais em grande escala e, ao aumento dos preços da energia, dando origem a um crescimento da procura de energias alternativas. A *British Petroleum* investiu 945 milhões de dólares num projecto para desenvolver “*Forties Field*” no Mar do Norte<sup>27</sup>. Uma das razões que levou as empresas a optarem pelo uso do *Project Finance* nestes

---

<sup>26</sup> Esty e Aldo Sesia Jr. (2005, pp. 4-6).

<sup>27</sup> Outro exemplo do referido desenvolvimento foi o *Trans Alaska Pipeline System* (que juntou no mesmo projecto 8 das maiores companhias de petróleo num valor total de US\$ 7,7 biliões, em 1969) (Pereira, Rangel e Jales (2002, p. 4)).

investimentos foi a sua magnitude relativamente aos balanços das empresas; o registo de tão avultados montantes de financiamento no balanço teria sido difícil, senão mesmo impossível para algumas empresas, para além de muito arriscado.

Mas o uso mais generalizado deste tipo de financiamento começou nos EUA na década de oitenta, com o objectivo de financiar a construção de novas unidades de produção de energia. A persistência dos preços altos da energia durante a década de setenta motivou o Congresso Norte-americano a encorajar o investimento em energias alternativas (energias não fósseis). O *Project Finance* foi o modelo escolhido para a estruturação do financiamento para as novas unidades de produção de energias não fósseis.

O *Project Finance* era particularmente atractivo para os produtores independentes de energia, porque oferecia um grande poder de alavancagem com recursos limitados ou mesmo sem recorrer ao balanço dos *Sponsor's*. Durante a década de 80, os projectos energéticos representaram mais que dois terços do total do investimento efectuado com recurso a *Project Finance*. Por esta razão, até à década de 90, o *Project Finance* era visto como sinónimo de financiamento de energia nos EUA<sup>28</sup>.

### **Ligação do *Project Finance* às *Public Private Partnerships* (PPPs)<sup>29</sup>**

Um fenómeno antecedente, mas concorrente, do moderno *Project Finance* foi o uso por parte do sector público das taxas municipais para financiarem estradas, estádios e outros projectos de infra-estruturas. Na década de 90, os municípios começaram a “casar” o *Project Finance* com o envolvimento do sector privado. Sendo o objectivo do Estado o de encorajar melhor gestão e promover uma melhor e mais eficiente partilha do risco. Estas estruturas público-privadas também podiam ser usadas para expandir os recursos financeiros disponíveis para fazer face a limitações orçamentais do Governo.

O recurso às PPPs tornou-se mais frequente nos últimos anos. De uma forma muito simplista, as PPPs usam capital privado para construir e operar activos como, estradas, prisões, escolas que historicamente foram financiadas com recursos públicos e que operavam numa base não lucrativa. Através das estruturas de PPPs, os Governos passam o risco de construção e de operacionalização para o sector privado, numa tentativa de

---

<sup>28</sup> O *Project Finance* está associado na mente pública a três recentes projectos:

- Euro túnel;
- *EuroDisney*;
- *Dabhol Power Project* na Índia; (Kleimeier e Megginson (1999, p. 3))

<sup>29</sup> Esty e Aldo Sesia Jr. (2005, pp. 4-6).

melhorar a eficiência. Contudo, os Governos assumem o risco de mercado, por exemplo, o risco associado ao volume de tráfego no caso das estradas. A lógica que está por detrás desta abordagem é que os Governos e os municípios são melhores a suportar grandes e longos (em período) riscos que as empresas privadas.

O primeiro proponente das PPPs foi o Reino Unido, que em 1992 estabeleceu o *Private Finance Initiative (PFI)* como forma de envolver o sector privado no financiamento e gestão de projectos de infra-estruturas. Em 2004, o Reino Unido tinha assinado mais de 630 projectos *PFI* com um valor total de 57 biliões de libras, incluindo 28 biliões só para o metro de Londres. Baseado no seu sucesso, o Governo do Reino Unido já identificou mais de 1000 novos projectos com possível inclusão no programa de *PFI*, que englobam propostas de projectos para hospitais, escolas, prisões e, muitos dos projectos lançados no âmbito da primeira geração estão agora a ser refinanciados. Nos anos mais recentes, muitos países incluindo a Austrália, Brasil, Irlanda, Itália e África do Sul estabeleceram programas de *PFI* similares. Muitos outros países têm olhado para o modelo de PPPs como uma forma de ajudar a resolver as suas necessidades em infra-estruturas, mas muitos destes programas estão ainda numa fase embrionária. Desde a década de 90 que, as privatizações, desregulamentações e a globalização superaram o uso do *Project Finance* em países desenvolvidos ou em vias desenvolvimento. As privatizações de empresas detidas pelo Estado tornaram-se muito mais comuns, particularmente em países desenvolvidos. De 1990 até 2003, o investimento em projectos de infra-estruturas, com a participação dos privados, localizados em países desenvolvidos foi de 890 biliões de dólares. À medida que o Estado se ia retirando de alguns sectores e em simultâneo tinha que proceder à sua desregulamentação, as companhias privadas aproximaram-se para preencher o lugar deixado vago. A desregulamentação de alguns sectores chave, como são os casos da energia e das telecomunicações, criaram novas oportunidades de investimento para o sector privado.

As condições que terão que ser garantidas para podermos realizar uma operação de *Project Finance* com sucesso são:

- A previsibilidade dos *cash-flows* do projecto - é necessário mostrar e provar a quem vai financiar, que o projecto é viável e que o pagamento do serviço da dívida vai ser honrado;
- A longevidade económica;



- O elevado montante de investimento<sup>30</sup>;
- Contratos de longo prazo<sup>31</sup>;
- Possibilidade de partilha de riscos (os riscos nestes projectos deverão ser repartidos por todos os intervenientes através de contratos) (Pereira, Rangel e Jales (2002, pp. 13-14)).

### **Percepção da importância futura da figura *Project Finance* em Portugal**

Em 1996, durante uma conferência sobre *Project Finance* no Centro Cultural de Belém, o Secretário de Estado do Tesouro e das Finanças, em representação do Governo, considerou muito oportuna e apropriada a iniciativa da divulgação do *Project Finance*, "(...) dado perspectivar que, futuramente, esta será uma forma de financiamento corrente, não só do Estado, mas também de projectos associados à iniciativa privada."

Já nessa época, permitiu-nos depreender que o Poder Central compreendia o *Project Finance* como uma das formas de financiamento de projectos infraestruturais que deveriam ser levados a cabo pelo Estado, os quais seriam necessários para a melhoria das condições de vida das populações e para o desenvolvimento sustentável do país em termos económicos e sociais. A construção dessas infra-estruturas, com o propósito de melhoria do bem estar geral, devem ser realizadas quase permanentemente, o que irá implicar um esforço financeiro, contínuo, do Estado, para além das suas possibilidades, limitadas por restrições orçamentais a nível interno e principalmente a nível europeu, com o Pacto de Estabilidade.

Havia então que pensar numa forma alternativa de financiamento: o *Project Finance*, "(...) o financiamento através da modalidade de *project finance*, cujo principal elemento caracterizador assenta numa estruturação da operação que permitirá que a dívida do projecto

---

<sup>30</sup> O *Project Finance* permite a realização de empreendimentos que requeiram montantes de financiamento extremamente avultados, e que, em princípio, seriam impossíveis de reunir nos mercados tradicionais. Permite às empresas promotoras do projecto a realização de investimentos que, ao nível da empresa, não seriam implementados, quer por falta de capitais próprios, quer por falta de capacidade de endividamento (Pereira, Rangel e Jales (2002, p. 13-14)).

<sup>31</sup> Os projectos que se realizam através do recurso a uma estruturação de financiamento de acordo com as premissas do *Project Finance* envolvem a concessão da exploração de determinadas infra-estruturas por um período relativamente longo, período esse que no caso de projectos promovidos por iniciativa estatal, se poderá estender até 30 anos, altura em que se procederá à devolução da exploração das infra-estruturas ao próprio Estado. (Pereira, Rangel e Jales (2002, p. 13-14))

seja garantida pelos próprios *cash-flows* por ele gerados.”<sup>32</sup>

O facto de existirem até então apenas dois projectos em Portugal que efectuaram o seu financiamento através de *Project Finance*<sup>33</sup> realidade esta que constitui uma limitação à prática deste tipo de financiamento no país. Logo, é necessário estudar outros mercados onde a sua aplicação já é feita de uma forma mais sistemática e assim retirar ensinamentos para o caso português.

O *Project Finance* tem ainda como característica agregada, o facto de contribuir para o desenvolvimento dos mercados financeiros. Caso o financiamento do projecto seja feito através de uma emissão de títulos no mercado, esta situação permitirá cotar títulos de dívida cujos prazos se estendem para além dos actualmente disponíveis na figura de títulos da dívida pública, facto particularmente interessante para instituições financeiras, seguradoras e sociedades gestoras de fundos de pensões, com responsabilidades a longo prazo e que vêem nesses “novos” instrumentos financeiros, uma forma adicional de investimento que permite alcançar uma adequada cobertura do risco de taxa de juro.

### 1.2.2. Especificidades das PPPs

“As PPP designam uma forma de cooperação entre as autoridades públicas e os operadores económicos. Esta cooperação visa nomeadamente financiar, construir, renovar ou explorar uma infraestrutura ou o fornecimento de um serviço. As PPP podem ser constituídas nos transportes, na saúde pública, na educação, na segurança, na gestão dos resíduos, na distribuição de água ou de energia.”<sup>34</sup>

Livro Verde sobre as parcerias público-privadas (2004)

---

<sup>32</sup> Secretário de Estado do Tesouro e das Finanças (1996).

<sup>33</sup> Central do Pêgo, da Tapada do Outeiro e a Ponte Vasco da Gama.

<sup>34</sup> Nas PPPs, o Estado contrata com entidades privadas os serviços que, podendo ser executados por estas, poderão resultar em ganhos de eficiência para o Estado.

As PPPs procuram combinar recursos públicos e privados de forma a assegurarem vantagens competitivas para ambas as partes (Cardoso (2004, p. 88)).

### 1.2.2.1. Definições e caracterização

Segundo Richard Abadie e Adrian Howcroft (2004, p. 67), os Governos enfrentam cada vez mais uma crescente "(...) pressure to improve underfunded or neglected public services but also face restrictions (including those of the Maastricht criteria) on their ability to raise debt. They therefore need to optimise procurement, drawing on private sector services and finance where that is value for money." Uma das soluções encontradas para o referido problema foi, potencializar o crescente envolvimento do sector privado na prestação de serviços com vista à satisfação das necessidades sociais das populações, serviços esses que até então eram da inteira responsabilidade das entidades públicas e cuja sua prestação até estava vedada ao sector privado. O envolvimento do sector privado foi promovido através do estabelecimento de Parcerias Publico Privadas (PPPs), de entre outras formas.

Apesar de existirem inúmeros autores a debruçarem-se sobre a especificação da definição de PPPs, será conveniente referir, tal como referiu *Frits Bolkestein* (Comissário da EU para os Mercados Internos), citado por Abadie e Howcroft (2004, p. 67) "PPP is an umbrella notion covering a wide range of economic activity and is in a constant evolution". Apesar do anteriormente mencionado, cabe-nos recolher junto de diversos autores conceituados, as mais diversas definições que por sua vez nos irão ajudar a perceber toda a orgânica das PPPs.

Bettignies e Ross (2004) referem que as PPPs não são um mecanismo verdadeiramente revolucionário "the private sector has always been engaged in many parts of the provision of public services, including architectural work and construction", definem PPPs como "contractual arrangements between government and a private party for the provision of assets and the delivery of services that have been traditionally provided by the public sector" e acrescentam que os elementos centrais presentes nas PPPs são a partilha "(...) of decision-making authority (...) rewards and (...) risk".

Rui Sousa Monteiro, numa conferência em Lisboa (2005) sobre "*PPP in Portugal*", refere que as PPPs são percebidas (pelo Governo e pelo público) como um meio efectivo

para a rápida entrega de infra-estruturas e para uma melhoria de qualidade na prestação de serviços aos utilizadores finais<sup>35</sup>. O orador citado, evidencia que as PPP's não devem ser entendidas e utilizadas como formas baratas de entrega de infra-estruturas e de prestação de serviços.

Na conferência anteriormente referida, Armando Costa Manso (2005), efectuando a sua apresentação sobre o tema "*Improving PPP procurement*", define PPPs como uma aliança estratégica entre os sectores público e privado, incrementando em ambos as capacidades técnicas e económicas para encontrar as melhores soluções para as actividades públicas, usando uma conveniente afectação e repartição dos recursos, riscos e benefícios.

Segundo Simões (2004, p. 30), as PPPs podem ser definidas como:

"(...) instrumentos de financiamento de projectos e serviços públicos (...)", podendo esta definição ser complementada por uma ideia de José Alexandre Ferreira da Costa (1999), que refere que PPPs são *long term tools*, porque extravasam os períodos políticos (quatro ou cinco anos).

Para João Pontes Amaro (2004, p. 102), as PPP's são "(...) parcerias entre o sector público e privado. Podem assumir as mais variadas formas para aproveitar o melhor dos dois sectores (...) com o objectivo de melhorar a prestação de serviços públicos (objectivo último), partilhar riscos, competências e retornos."

Já para Azevedo Sodré (2004), PPPs são formas contratuais superiores às formas convencionais de contrato no que diz respeito ao prazo de conclusão do projecto, ao cumprimento do orçamento previsto e à relação preço-qualidade (*value for money*) dos serviços prestados.

De acordo com o artigo 2.º do Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de 2003, "entende-se por parceria público-privada o contrato ou a união de contratos, por via dos quais entidades privadas, designadas por parceiros privados<sup>36</sup>, se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público<sup>37</sup>, a assegurar o desenvolvimento de uma actividade

---

<sup>35</sup> Refere também que para já, a abordagem incide apenas na eficácia e não na eficiência. Mas, a ideia é que as PPP's venham também a versar sobre a eficiência (Monteiro (2005)).

<sup>36</sup> O artigo 2.º do Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de 2003 é igualmente aplicável a todas as parcerias em que o equivalente ao parceiro não público seja uma empresa pública, uma cooperativa ou uma instituição privada sem fins lucrativos.

<sup>37</sup> São parceiros públicos:

a) O Estado e entidades públicas estaduais;

tendente à satisfação de uma necessidade colectiva, e em que o financiamento e a responsabilidade pelo investimento e pela exploração incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado."

As PPPs podem constituir uma forma alternativa de financiar a operacionalização e expansão de sectores onde existam importantes falhas de mercado e que apresentem profundas repercussões sociais e económicas. A atracção de capitais privados, através de parcerias público privadas, é um mecanismo que permite complementar os escassos recursos públicos disponíveis, mas ao mesmo tempo permite manter políticas públicas sectoriais (Filho (2004, p. 4)).

Para Johannes Jütting (1999, p. 2), as PPPs são definidas "(...) as institutional relationships between the state and the private for-profit and/or the private not for-profit sector, where the different public and private actors jointly participate in defining the objectives, the methods and the implementation of an agreement of cooperation."

Filtrando a definição de PPPs e aplicando-a ao sector da saúde, objecto do nosso estudo, poderemos referir que são uma "associação duradoura estabelecida entre entidades públicas do SNS e operadores do sector privado e social, sendo consubstanciadas, em cada caso, numa relação contratual de longo prazo com uma (ou mais) sociedades veículo de natureza comercial, enquanto entidades gestoras, cujo objecto exclusivo é o exercício do objecto ou objectos contratuais." Simões (2004, pp. 57-58).

Na origem do desenvolvimento do conceito de PPP, como um tipo de financiamento estruturado com características especiais, esteve o reconhecimento de que os agentes privados também poderiam prestar, eficazmente, serviços de utilidade pública anteriormente entregues somente à administração central. As PPPs terão permitido a incidência dos benefícios da gestão privada, em sectores que, devido à natureza de bens ou serviços públicos, lhes estavam vedados (Amaro (2004, p. 104)).

Mas as PPPs só devem ser utilizadas quando estiver provado que representam a melhor opção de subdivisão e responsabilização pelos riscos e que, consequentemente irão

---

b) Os fundos e serviços autónomos;

c) As empresas públicas e as entidades por elas constituídas com vista à satisfação de interesses comuns (artigo 2.º do Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de 2003).

levar a ganhos em termos de eficiência, eficácia e competitividade de um serviço de índole público e que não são utilizadas para “adiar ou escamotear a realização de despesas públicas” (Cardoso (2004, p. 86)).

Como já foi referido no sub capítulo anterior, os contratos de PPPs foram concebidos na Inglaterra, no início da década de 90<sup>38</sup>, como forma de contornar a falta de recursos e de realização de investimentos em infra-estruturas. Foi usado primeiramente no Governo de *Margareth Thatcher*, que executou as grandes “privatizações” das infra-estruturas inglesas, especialmente dos sectores eléctrico, ferroviário e de saneamento.<sup>39</sup>

Os objectivos principais e prioritários que se esperam atingir com o recurso às PPPs<sup>40</sup>, são numa abordagem muito simplista, o aproveitamento do potencial de gestão do sector privado<sup>41</sup>, conjugado com o potencial de *Know-How* e de recursos humanos do sector público, de forma a aumentar a sua capacidade de gerir e administrar com eficácia e eficiência a prestação de serviços e o fornecimento de infra-estruturas<sup>42</sup> aos cidadãos, dever inerente e associado à figura do poder central<sup>43</sup> e consagrado na Constituição da República Portuguesa<sup>44</sup> (Sodré (2004)).

De acordo com a HM Treasury Taskforce – Private Finance (1999), o objectivo principal das PPPs é “(...) ensure that taxpayers get value for money” e que “(...) use most efficient skills of both the public and private sectors to achieve this objective”.

---

<sup>38</sup> “The term “Public-Private Partnership” (PPP) has been in general use since the 1990’s; there is, however, no single European model of a PPP” (European Investment Bank (2004, p. 3))

<sup>39</sup> Desde meados da década de 90 que as PPPs extravasaram o panorama britânico e europeu.

<sup>40</sup> “Artigo 4.º

**Fins**

Constituem finalidades essenciais das parcerias público-privadas o acréscimo de eficiência na afectação de recursos públicos e a melhoria qualitativa e quantitativa do serviço, induzida por formas de controlo eficazes que permitam a sua avaliação permanente por parte dos potenciais utentes e do parceiro público.” (Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de 2003).

<sup>41</sup> Incorporação das mais valias do sector privado no sector público:

- Transferência de risco para o sector privado;
- Absorção por parte do sector público da eficiência do sector privado (Simões (2004, p. 58)).

<sup>42</sup> O facto de ser de importância fulcral a gestão e distribuição adequada do risco pelas partes que melhor conseguirem lidar com o mesmo, está inerente à capacidade de gerir e administrar com eficácia e eficiência a prestação de serviços e o fornecimento de infra-estruturas aos cidadãos.

<sup>43</sup> O sector público, que tem a seu cargo o fornecimento de bens e prestação de serviços que o Estado considera que devem ser igualmente acessíveis a todos os cidadãos, possui uma grande quantidade de activos humanos (recursos competentes), *Know-how* em serviços e bens de interesse público (Amaro (2004, p. 102)).

<sup>44</sup> Ficando confinados às PPPs na área da saúde, de acordo com a nossa constituição, a prestação dos cuidados de saúde tem que ser feita sempre pelo Estado directa ou indirectamente e nunca pode ser por intermédio de privatizações (Monge (2005)).

A consciencialização pública de que muitos dos activos detidos pelo Estado são subaproveitados, quer em termos de quantidade, quer em qualidade, aliada a dificuldades e restrições orçamentais para cumprir o seu papel de fornecimento de bens e prestação de serviços, justificaram o desenvolvimento do *Project Finance* em direcção a uma nova figura de financiamento (assente em premissas similares), as *Public Private Partnerships*. O outro sector presente nas PPPs é o sector privado<sup>45</sup> (através dos seus representantes), cuja finalidade última é o lucro (a maximização do lucro) e que apresenta alguns atributos que interessa trazer para as PPPs:

- Maior eficiência<sup>46</sup>;
- Maior ênfase no consumidor<sup>47</sup>;
- Menor aversão ao risco e à mudança<sup>48</sup>;

Logo, o objectivo final é a conjugação do melhor que existe nos dois sectores, para obtermos:

- Poupança de recursos;
- Maior eficiência – melhorar a relação de *input/output*;
- Eficácia; (Amaro (2004, p. 104))

A utilização dos projectos PPP contribuirá para a satisfação das necessidades ditadas pelo interesse público, bem como para a reactivação da actividade económica, não devendo ser esquecido o seu potencial de geração directa e indirecta de empregos (Pinto (2003)).

No que concerne às PPPs para a área da saúde, pretende-se que sejam uma "abordagem inovadora de gestão e financiamento de unidades públicas de saúde, (...) associar o que há de melhor no sector público – nomeadamente o seu capital humano corporizado nos vários ramos profissionais – e no sector privado – nomeadamente, a sua capacidade de gestão e financiamento, assim como a de assumir

---

<sup>45</sup> O sector privado encontra nas PPPs oportunidades reais de negócios e retorno adequado para seus investimentos (Pinto (2003)).

<sup>46</sup> Os gestores públicos, por norma não têm incentivos para se tornarem mais eficientes, por isso é-lhes indiferente. Por seu lado, os gestores privados têm, geralmente, uma componente do seu vencimento associada ao seu desempenho, à sua eficiência, o que à partida resultará num maior esforço; A célebre distinção entre Proprietários e Gestores (Amaro (2004, p. 104)).

<sup>47</sup> Maior dinamismo comercial, devido ao ambiente concorrencial, logo a iniciativa privada tem que desenvolver esforços para angariar novos clientes; acompanhar as exigências e expectativas dos consumidores (Amaro (2004, p. 104)).

<sup>48</sup> Ter capacidade de inovação para aproveitar e potencializar o surgimento de novas oportunidades de negócio;

riscos ( ...) ”<sup>49</sup>, com um duplo objectivo:

- Garantir ganhos de saúde para os utentes; e
- Assegurar ganhos de valor para o erário público.

Para concluir a referência aos objectivos das PPPs, Jorge Abreu Simões (2004, p. 60) afirma que “o objectivo do processo não é transferir o máximo de riscos para o operador privado, mas antes estabelecer o ponto óptimo da transferência de riscos entre o lado público e o lado privado, assegurando o maior *value for Money* possível para o erário público”. Comentando a anterior afirmação, parece-nos que o verdadeiro objectivo das PPPs, poderá ser constatado pela análise de experiências passadas, como analisaremos mais à frente, será a transferência do risco para o sector privado a qualquer custo.

Um dos princípios basilares das PPPs em geral, e das PPPs no sector da saúde em particular, é a transferência do risco do projecto para a parte mais competente, para assegurar economicamente a sua gestão. Este é, possivelmente, o aspecto mais marcante na distinção entre o modelo de contratação pública tradicional (empreitada pública), do modelo de contratação pública assente numa parceria<sup>50</sup>, “(...) alicerçada crescentemente na prestação de um serviço público por um operador privado”<sup>51</sup> (Simões (2004, p. 58)).

Mas, existem outros princípios que não são menos importantes:

- Remuneração do sector privado contra a prestação do serviço claramente especificado;
- Longo prazo de vigência dos contratos (tempo suficiente para a recuperação do investimento);
- Concorrência na licitação (Sodré (2004));
- Forma de diferir no tempo alguns dos custos de construção, por exemplo;
- Tempo e custo de execução do objecto do contrato devem ser encurtados com a

---

<sup>49</sup> Simões (2004, p. 57).

<sup>50</sup> Contratação pública “(...) deve ter um carácter competitivo e prever uma adequada afectação de riscos, atribuindo-os às partes mais competentes para assegurarem a sua gestão da forma mais económica.” (Simões (2004, p. 57)).

<sup>51</sup> Princípio Central da Gestão do risco: “(...) a parte mais capaz para gerir um determinado risco (lado privado, lado público) deve assumir esse risco e, em consequência, usufruir dos ganhos ou suportar as perdas que lhe estão associados.” (Simões (2004, pp. 59-60)).



adoção de uma PPP<sup>52</sup>;

- A entidade responsável da construção será aquela que no futuro a vai explorar e manter (não é a mesma entidade jurídica, mas em termos mais generalistas, podemos considerar como sendo a mesma entidade, as diversas empresas que constituem o “grupo” da concessionária) (Pereira, Rangel e Jales (2002, p. 15));
- Capital de risco do sector privado na execução de projectos públicos;
- Aplicação a um amplo espectro de sectores (Sodré (2004));
- Estabilidade do quadro legal (Pinto (2003));

Segundo Roger McCormick (2004) e, reforçando o que foi dito anteriormente, um dos atractivos, para o sector público, da estrutura de PPPs é a determinação de um “único ponto de responsabilidade”, estando esta característica dependente da forma de geração de receitas do projecto. Se, por exemplo, o Governo paga uma parcela considerável de receitas em função da disponibilidade do projecto (e não do uso efectivo), o sector privado será francamente favorecido, já que o risco de mercado será substancialmente reduzido. Levando em conta que muitas instalações de infra-estruturas não envolvem um mercado verdadeiro (podendo existir apenas um consumidor – um órgão do Governo), essa forma de estruturação das receitas é relativamente comum. No tocante à construção, os procedimentos e políticas de licitação utilizados pelo Governo são normalmente reforçados para PPPs, com maior ênfase dada a preços fixos, cronogramas inflexíveis e grande limitação das cláusulas de força maior.

De acordo com Armando Costa Manso (2005), as principais consequências das PPPs para o sector público são:

- Menor envolvimento directo do sector público na exploração e manutenção de bens e na prestação de serviços;
- Aprender com os procedimentos das PPPs (Experiência nacional e internacional);
- Necessidade de criar novas regras e legislação para as PPPs;
- Adaptar-se a novos tipos de concursos;
- Desenvolver novos conhecimentos no processo de PPPs e formação de novas

---

<sup>52</sup> A título de exemplo importa referir que, uma auditoria realizada pelo Tribunal de Contas à construção dos IP's (Itinerários principais) e IC's (Itinerários complementares) entre 1985 e 1997 revela existir uma média de desvios de custo final em relação ao valor de adjudicação de 77%. Ora, como em *Project Finance* os riscos de sobre custo são suportados integralmente pelo concessionário, bastaria fixar um sobre custo em 10% a 15% para ver desde logo a enorme vantagem que este processo traz ao Estado (Pereira, Rangel e Jales (2002, p. 14)).

equipas;

Por outro lado, as principais consequências das PPPs para o sector privado consubstanciam-se em:

- Novos campos de actividades;
- Maiores riscos e responsabilidades;
- Maior complexidade das tarefas;
- Maior grau de especialização;
- Negócio mais dispendioso;
- Aumento do tempo em que as empresas privadas estão envolvidas no projecto;
- Maior complexidade de contratação;
- Diferentes especialistas a trabalharem juntos;

Genericamente, o objectivo primordial que se pretende atingir com as PPPs é que, o retorno dos impostos pagos pelos contribuintes seja maior (Amaro (2004, p. 104)), o mesmo será dizer que os bens ou serviços fornecidos ou prestados pelo sector público sejam mais eficientes, eficazes, ampliados e modernos.

No longo prazo a principal consequência das PPPs é o facto de aumentarem a rigidez da despesa pública, comprometendo receitas futuras para projectos correntes. As PPPs podem criar compromissos de longo prazo não financeiros que irão restringir a capacidade de futuros Governos desenharem políticas públicas<sup>53</sup>.

Temos que ter cuidado para não transferir custos para as gerações futuras, para não lhe retirarmos a possibilidade de serem elas a decidirem o seu futuro, logo o desenvolvimento e aprovação de uma PPP tem que ser um processo rigoroso e transparente, onde se deve efectuar uma quantificação rigorosa no longo prazo de todos os benefícios e custos (Monteiro (2005)).

Em forma de comentário, o aparecimento desta nova forma de financiamento (*Public Private Partnerships*) decorre da necessidade crescente de criar novas infra-estruturas, de prestar mais e melhores serviços e, das crescentes restrições orçamentais a que os Estados estão sujeito. Pode depreender-se que a iniciativa privada apresenta uma gestão mais eficiente, porque tem objectivos e incentivos, desenvolveu-se o conceito de PPP, cujo o objectivo principal é a partilha de riscos, retornos e a maximização do retorno dos

---

<sup>53</sup> A lógica das PPPs é que quem paga as mesmas é quem usa os serviços, só que, anualmente é que é definido o valor a pagar e pode ser muito difícil definir se o valor a cobrar é justo ou se a pagar este valor vamos onerar mais as gerações futuras e, o serviço de hoje pode até ser obsoleto no futuro (Monteiro (2005)).

impostos pagos pelos contribuintes (*value for Money*).

De acordo com uma visão geral, as PPPs não devem ser encaradas como a solução ideal para todas as operações e sectores, mas pela experiência recente e algo comprovada, as PPP podem criar valor para a sociedade e devem ser aproveitadas e exploradas<sup>54</sup> (Simões (2004)).

A eficiência das PPPs é demonstrada pela *Public Satisfaction*. O calcanhar de Aquiles das PPPs são as *contingencies*. As *contingencies* irão ter como consequência o seguro, resseguro, *malpractice (torts)*, etc...

#### **1.2.2.2. Distinção relativamente a outros instrumentos contratuais de financiamento e cooperação**

Atendendo ao que foi explanado até este ponto do presente texto, sobre o modelo contratual PPP, estamos em condições de o distinguir relativamente ao modelo de contratação convencional, comumente usado na construção de infra-estruturas. Para Bettignies e Ross (2004), as PPPs estão "(...) somewhere between simple contracting-out and a fully private market (...) "

Segundo Jorge Abreu Simões (2004, p. 58), "(...) no modelo de contratação pública tradicional, a avaliação do risco do lado público é historicamente negligenciada ou deficiente e tradicionalmente optimista."<sup>55</sup> – Situação provocada pela separação entre a orçamentação e a execução da empreitada propriamente dita.

O sector público acaba sempre por arcar com, praticamente, todos os riscos do projecto (concepção, construção e exploração), porque não faz uma eficiente gestão do risco ao longo do projecto, desde a programação, financiamento e investimento até à exploração.

É também muito vulgar na orçamentação pública poderem existir duas situações:

- Orçamentar no melhor cenário possível (menor custo, conclusão atempada);

---

<sup>54</sup> O lançamento de projectos ou programas de PPPs substitui o investimento privado por investimento público e permite que as entidades públicas desloquem recursos para outras actividades (Monteiro (2005)).

<sup>55</sup> Comparação entre os contratos de PPPs e a contratação convencional:

Contratação convencional – Concepção + Construção ou Concepção/Construção

Modelo de PPP – Concepção + Financiamento + Construção + Operacionalização + Manutenção (Manso (2005)).

- Sub-orçamentar projectos de modo a ultrapassar restrições financeiras e orçamentais;

Os possíveis resultados são:

- Derrapagens crónicas nos custos e prazos na fase de concepção/construção;
- Sub ou inexistência de financiamento da manutenção e renovação dos activos infraestruturais;
- Sub-financiamento dos serviços e consequente quebra de qualidade das prestações do serviço público aos cidadãos;

Em contrapartida, com o modelo de contratação em regime PPP que tem como base a transferência de risco para a parte do contrato mais competente para o gerir, pretende-se:

- Elaborar orçamentos mais realistas;
- Gerir de modo mais eficaz os riscos;

### **Distinção entre PPPs e Privatizações**

Segundo Jean-Etienne de Bettignies e Thomas W. Ross (2004), PPPs "in the broadest sense of the term (...) is privatization, that is, the assignment, to the private sector, of control over some decisions previously made by the public sector".

Nas Privatizações, em termos orçamentais, o Estado apenas contabiliza a receita que advém da operação de privatização, deixando de haver qualquer vínculo entre aquele e as empresas privadas. A Administração Central tem que se preocupar com o respeito pela política da concorrência, regulando e supervisionando os sectores privatizados, mas deixa para a iniciativa privada a definição dos serviços a prestar e dos preços a praticar.

Enquanto que nas PPPs existe o "estabelecimento de um contrato a longo prazo entre o Estado e empresas privadas, assegurando que estas ficam responsáveis (e assumem, total ou parcialmente, o risco) pela qualidade dos serviços que prestam, desde a elaboração do projecto à respectiva construção, manutenção e exploração"<sup>56</sup>(Cardoso (2004, p. 87)).

---

<sup>56</sup> "A remuneração por esses serviços, também ela previamente contratualizada com o Estado, pode ser feita directamente pelos utilizadores privados, ou pelo próprio Estado quando a actividade em questão não tiver carácter lucrativo." (Cardoso (2004)).

### **Distinção entre PPPs e *Outsourcing***

O *Outsourcing* é uma técnica de contratação de fornecedores usada, essencialmente, para complementar a estrutura organizacional de empresa em rede. Esta pode ser "(...)descrita (Mabey et al., 1998) como uma entidade económica que engloba um conjunto de organizações ou unidades de negócio, com poucos níveis hierárquicos e recurso extensivo à subcontratação (*outsourcing*)"<sup>57</sup> (Cunha, Rego, Cunha e Cardoso (2003, p. 519).

Segundo Pedro Conde (2005, p. 47), *outsourcing* é uma técnica que as empresas desenvolveram para "externalizar as funções não pertencentes à sua actividade principal." É um tipo de contratação que assenta em três elementos chave: compra de serviços ao exterior, menores custos, maior especialização. Pode ser definido por "contrato de parceria para o fornecimento de um serviço ou função com o objectivo de obter uma maior eficiência com um menor custo."

A principal diferença entre as PPPs e o *outsourcing* é que, sendo ambas parcerias contratuais, que pretendem obter o que de melhor as partes envolvidas têm para atingirem uma maior eficiência e eficácia na execução do objecto contratual, as PPP's implicam, à partida, um relacionamento de longo prazo, ao passo que esta constatação já não é tão evidente no *outsourcing*.

### **1.2.3. Factores e vantagens que estão na origem da aplicação das PPPs**

Vamos explicitar neste sub capítulo, quais os principais factores que estão na origem da aplicação das PPPs de uma maneira geral, e no sector da saúde de uma forma específica. Os referidos factores são:

- "Given the scale of the infrastructure and investment gap that the governments of Europe are facing and the constraints that they face in developing and financing their needs, an increased use of PPP approaches is desirable and inevitable"

---

<sup>57</sup> "Trata-se de um formato que releva a importância da confiança e que permite operacionalizar o conceito de cadeia de valor ao reconfigurar a estrutura da organização de uma forma que lhe permite centrar-se nas suas competências nucleares" (Cunha, Rego, Cunha e Cardoso (2003, p. 519)).

(Lloyd e Howcroft (2005))

- "(...) provide more and better services to (...) citizens on limited budgets (...)" (Bettignies e Ross (2004, p. 135));
- Expandir a cobertura dos serviços públicos (principalmente em termos infraestruturais)<sup>58</sup>; Reforçar a capacidade de realização das autoridades públicas, em termos de lançamento de novos projectos infraestruturais; Implementar políticas públicas (Simões (2004, p. 29));
- "(...) dissatisfaction with the costs associated with government production (...)"<sup>59</sup> e "(...) dissatisfaction with the performance of state-owned enterprises and the recognition that state-led development programs simply have not worked (...)" (Grimsey e Mervyn (2004, p. 30);
- Melhoria da eficiência e da qualidade da prestação dos serviços públicos aos cidadãos<sup>60</sup>, potencializada pela participação do sector privado na produção de certos serviços públicos, através da "ex ante competition" que pode "(...) replace competition in the market to force bidders to lower costs, raise quality and be innovative", de "(...) Optimal Risk Allocation", de "Scale and/or Learning Economies" (Bettignies e Ross (2004, p. 139));
- "(...) constraints in public budgets and rising demands for improved infrastructure." (Norment (2005, p. 461))<sup>61</sup>.
- Economizar recursos<sup>62</sup> e Assegurar a viabilidade dos serviços em termos de sustentabilidade financeira<sup>63</sup>;
- Necessidade de efectuar uma reforma governamental mais profunda ao nível das

---

<sup>58</sup> "The volume of infrastructure under the jurisdiction of subnational governments is increasing in tandem with increases in decentralization and devolution of responsibilities to those governments. This has sparked interest in the private provision of infrastructure services" (Beato e Vives (2000)).

<sup>59</sup> Bettignies e Ross (2004, p. 138).

<sup>60</sup> "(...) private providers would provide higher quality goods and services at lower cost (...)" (Linder (1999, p. 36)).

<sup>61</sup> Sobre o mesmo assunto e no mesmo sentido veja-se, entre outros Bettignies e Ross, (2004, p. 146).

<sup>62</sup> "Governments in many industrialized nations have made concerted efforts to reduce their immediate expenditures and to reduce the cost of major infrastructure projects" (Vining, Boardman e Poschmann (2005)).

<sup>63</sup> Simões (2004, p. 29).

instituições agregadas ao poder central, que resultou na "(...) separation of policy making from policy implementation (...)" (Stewart-Smith (1995)).

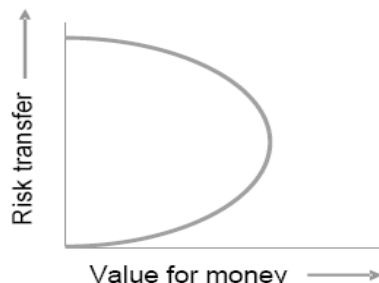
Para João Pontes Amaro (2004, p. 109), os factores que levam o sector público a considerar as PPPs como alternativa à tradicional contratação e exploração de bens e serviços públicos por parte do Estado são:

- a) Nova opção de financiamento para o sector público justificada pelo facto de, por exemplo, "New investment in infrastructure in developing countries represents 4% of their national output and 1/5 of their total investment - some \$200 billion a year" (Stewart-Smith (1995));
- b) Contratação de prestação de serviços de qualidade;
- c) Melhor distribuição do risco. Nas PPPs, os riscos devem ser atribuídos a quem demonstrar maior capacidade e competência para os gerir, "(...) o objectivo não é maximizar a transferência do risco para os privados mas sim otimizar a gestão e minimizar o risco associado" (Amaro (2004, p. 112)).

Como iremos verificar (através da discussão da literatura), num capítulo posterior associado às vantagens e desvantagens das PPPs, o factor melhoria da distribuição do risco associado ao fenómeno PPPs não é de aplicação linear. Em termos teóricos, um dos factores potencializados pelas PPPs, através do seu funcionamento, é a melhor afectação do risco, mas na prática nem sempre é o que acontece, ou pelo menos, que tem acontecido nas aplicações de PPPs que se têm verificado em Portugal - "The transfer of risk is a primary objective (...)" (Li, Akintoye, Edwards e Hardcastle (2005, p. 126)). O objectivo de não maximizar a transferência do risco para os privados, mas sim, otimizar-la, é uma ideia que está a ganhar mais visibilidade, porque se verificou que a transferência desmedida da gestão do risco para o sector privado, resultou numa diminuição do *value for money*. A partir de um determinado ponto óptimo de transferência de risco, em vez de se ganhar *value for money* com a transferência do risco, começa-se a perder, devido ao facto dos agentes privados não terem capacidade para lidar com alguns tipos de risco e ter que ser o sector público a absorvê-los, o que resulta num duplo pagamento pela gestão do risco em causa uma vez que se pagou ao sector privado para o gerir e, mais tarde, tem que se

pagar a sua gestão efectuada pelo sector público (Somes (2005)).

Figura 1.2.3.3 – Ponto óptimo de *Value for Money*



Fonte: Somes (2005)

O preâmbulo do Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de 2003, emitido pelo Ministério das Finanças, referente à definição das normas gerais aplicáveis às PPPs, deixa bem presente quais os factores básicos, para além dos que já foram mencionados, que estiveram na origem da aplicação das PPPs<sup>64</sup>.

Após se ter verificado que existe uma certa "(...)similitude entre determinadas actividades prosseguidas por entidades privadas e as subjacentes à prestação de certos serviços públicos (...) "<sup>65</sup>, chegou-se à conclusão que "(...) também nos serviços públicos é possível tirar proveito da tradicional melhor capacidade de gestão do sector privado, melhorando a qualidade do serviço prestado e gerando poupanças consideráveis na utilização de recursos públicos."<sup>66</sup>

Era agora necessário encontrar uma forma, internacionalmente aplicada e testada, através da qual o Poder Central, consagrado nas suas mais variadas instituições, pudesse obter as referidas competências de gestão. O mecanismo encontrado "(...) consiste no estabelecimento de relacionamentos duradouros com privados, em

---

<sup>64</sup> "A transformação dos sistemas sociais operada no decurso do século XX, em virtude das quais o Estado passou a assumir novas funções, inclusive produtivas, de satisfação das necessidades sociais e públicas, provocou, paralelamente, um elevado aumento da despesa pública, observando-se nas sociedades modernas um peso excessivo do Estado e níveis in comportáveis de endividamento público, sem o equivalente aumento da qualidade dos serviços públicos prestados aos cidadãos. Em resposta, tem vindo a assistir-se à alteração do entendimento quanto ao papel do Estado na economia e, mais genericamente, quanto à forma de satisfação das necessidades colectivas" (Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de 2003).

<sup>65</sup> Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de 2003.

<sup>66</sup> Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de 2003.



regime de parceria público-privada, no âmbito dos quais lhes são transferidos os riscos, nomeadamente tecnológicos e operacionais, com os quais se encontram mais familiarizados e para cujo manuseamento se encontram mais habilitados”<sup>67</sup> (Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de 2003).

Todas estas constatações deixam transparecer que o Estado tem que ter um papel mais regulador e menos produtivo, deixando essa função para quem melhor está habilitado para a executar, os agentes privados.

Na opinião de André F. M. Filho (2004), complementar às abordagens anteriores, o principal factor que está na origem da aplicação das PPPs é o facto de se ter tornado perceptível que, no que concerne à melhor distribuição dos recursos disponíveis e à produção de bens e serviços, “ (...) os mercados, entendidos como um sistema descentralizado de tomada de decisão, têm-se mostrado, eficientes e superiores a sistemas centralizados, e governamentais de planeamento central.”

As razões, geralmente apontadas como justificação desta superioridade, encontram-se no “ (...) sistema de informações e incentivos automáticos inerentes aos mercados em contraposição à necessidade de regras e controles burocráticos próprios a decisões governamentais.”<sup>68</sup> Mas é preciso ter em atenção que existem falhas de mercado e, nestas situações, o resultado alcançado não é o mais eficiente nem o socialmente desejado<sup>69</sup>.

De acordo com o que está presente no Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de

---

<sup>67</sup> “Em paralelo, o objectivo de melhorar os procedimentos de contratação e padronizar os instrumentos de regulação jurídica das parcerias, torna-se, assim, ainda mais imperioso e evidente, como forma determinante de extrair todo o valor implícito, em termos de racionalização, previsibilidade e legitimação da realização de despesa pública, na existência de um tal sistema de programação financeira.” (Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de 2003).

<sup>68</sup> Filho (2004).

<sup>69</sup> Devido ao facto dos projectos para as áreas abrangidas pelas PPPs serem caracterizados por “ (...) elevados investimentos iniciais seguidos de reduzidos, às vezes até decrescentes, custos marginais de operação” que “ (...) funcionam como uma forte barreira para a entrada de concorrentes, o que tende a criar posições monopolistas em áreas sensíveis a preocupações sociais”, situação agravada pelo facto de serem sectores que já foram alvo de muitas regulamentações estatais e controles burocráticos, tendo até características implícitas de monopólios devido às experiências passadas, “ (...) não se considera conveniente, por não ser eficiente, delegar a produção destes bens e serviços integralmente aos mercados privados. Alguma forma de intervenção estatal é requerida. O Governo pode ele próprio produzir o bem ou serviço, ou pode regular a actividade privada e fazer parcerias com o sector privado (...)” (Filho (2004)).

2003, constatado também por André F. M. Filho (2004) e descrito no Livro Verde sobre parcerias público privadas (2004), o Estado passou do papel de operador directo para o de organizador, regulador e de fiscalizador.

Como factor adicional justificativo das PPPs apresenta-se o facto de muitos destes investimentos produzirem importantes externalidades positivas<sup>70</sup>, ou seja, geram efeitos benéficos para outros agentes económicos que não precisam de pagar pelo benefício recebido ou que pagam apenas uma diminuta parcela dos mesmos.

Um aspecto muito importante agorado pelas PPPs é o facto de potencializar a "(...) colaboração entre as forças vivas da Nação" e a maximização dos recursos disponíveis (Pinto (2003)).

Os projectos de PPPs desenvolveram-se porque o Estado devido às suas restrições orçamentais e ao esgotamento da sua capacidade de endividamento não será capaz de os implementar, e os agentes privados, dado o grau de risco a eles inerente, não está disposto a implementá-los sem que possa contar com garantias adequadas (Pinto (2004)).

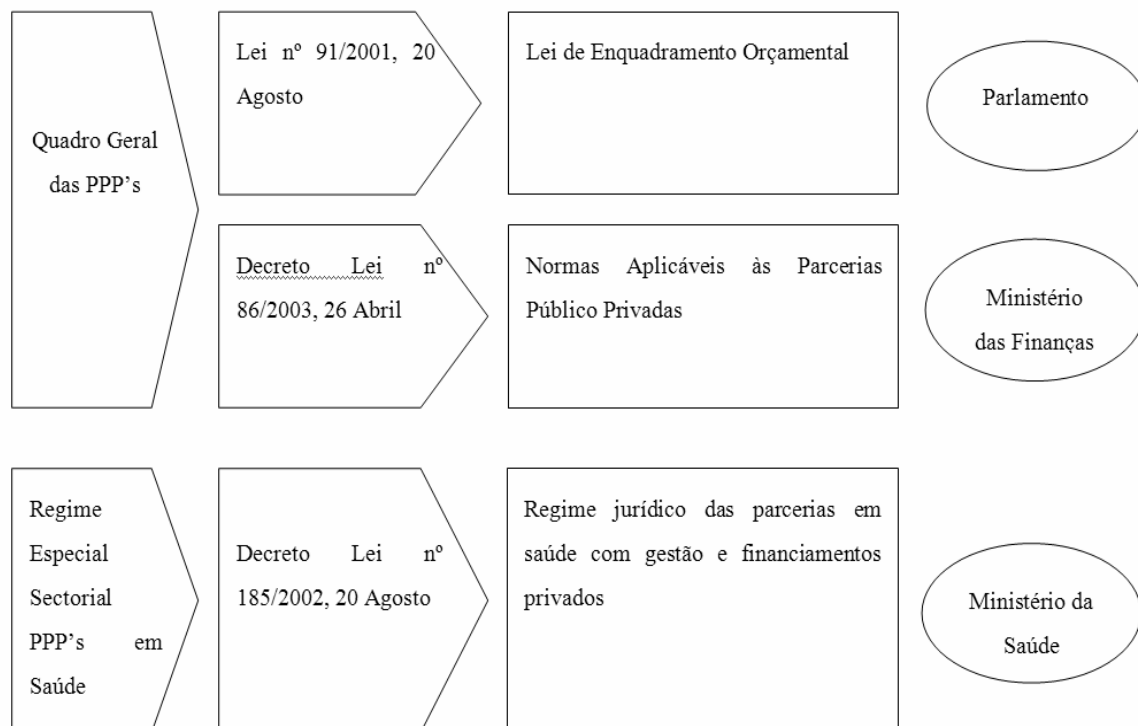
### **1.3. Enquadramento jurídico das PPPs: Identificação e análise dos principais diplomas legais comunitários e nacionais**

Para que qualquer projecto possa ser harmoniosamente desenvolvido no seio de uma comunidade social, projecto esse que prevê a interacção de várias instituições e agentes pertencentes a essa comunidade, é imprescindível que se construa um quadro legal que sirva de guia, de gestor de conflitos, para que tudo tenha regras e decorra dentro da normalidade. Foi esta a preocupação que esteve na origem do estabelecimento de um quadro legal para as PPPs e depois, sectorialmente, como é o caso das PPPs na área da saúde, de acordo com o demonstrado na seguinte figura resumo.

---

<sup>70</sup> "(...) esses projectos são geradores de emprego e ativadores da actividade económica de qualquer País." (Pinto (2003)).

Figura 1.3.1. - **Enquadramento Legal das Parcerias Público Privadas**



Fonte: Simões (2004a)

A Lei do Enquadramento Orçamental de 2001 (Lei nº 91/2001 de 20 de Agosto, posteriormente alterada e republicada como anexo à Lei de Estabilidade Orçamental, Lei Orgânica nº 2 / 2002, de 28 de Agosto) estabeleceu, pela primeira vez, os princípios a que devem obedecer as PPP e define que "a avaliação da economia, a eficiência e a eficácia de programas com recurso a parcerias dos sectores públicos e privados tomará como base um sistema alternativo visando a obtenção dos mesmos objectivos com exclusão de financiamentos ou de exploração a cargo de entidades privadas, devendo incluir, sempre que possível, a estimativa da sua incidência orçamental líquida."

O diploma-quadro refere também que, a parceria deve apresentar vantagens para o parceiro público relativamente a outros caminhos que poderia utilizar para obter os mesmos fins.

No que diz respeito à regulamentação específica das PPPs, em 26 de Abril de 2003, foi publicado o Decreto-Lei nº 86 / 2003, que define as normas específicas aplicáveis

às Parcerias Público-Privadas<sup>71</sup> e tem por objecto, de acordo com o artigo 1º “a definição de normas gerais aplicáveis à intervenção do Estado na definição, concepção, preparação, concurso, adjudicação, alteração, fiscalização e acompanhamento global das parcerias público-privadas”. Este Decreto-Lei vem no seguimento do que havia sido enunciado na Lei do Enquadramento Orçamental,<sup>72</sup> mas trata as PPPs de uma forma mais detalhada, regulando os procedimentos de avaliação das PPPs, a separação das responsabilidades, a partilha dos riscos entre as entidades públicas e privadas. Define no seu preâmbulo o princípio de que a PPP só se justifica se se revelar mais vantajosa em confronto com o “comparador de sector público”.

De acordo com o referido por Cardoso (2004, p. 100), Portugal dispõe actualmente de um enquadramento legislativo bastante completo no respeitante às PPPs<sup>73</sup>, embora não se possa considerar acabado, nem universalmente aplicável. O próprio Decreto-Lei nº 86 / 2003 refere a ideia da possibilidade de criação de regimes sectoriais como forma de complementaridade legislativa.<sup>74</sup>

Relativamente aos regimes sectoriais, o Decreto-Lei refere ainda no seu artigo 3º nº1 que, “o disposto no presente diploma prevalece sobre quaisquer outras normas, relativas a parcerias público-privadas, tal como definidas no artigo 2.º”, ou seja, “quando a especificidade de determinado sector o justificar, podem ser criados regimes sectoriais especiais, nos termos dos quais são definidas as normas que, não colidindo com as disposições do presente diploma, se revelem necessárias ou convenientes, em virtude das características particulares do sector em causa, para assegurar a prossecução dos fins e o cumprimento dos pressupostos gerais da

---

<sup>71</sup> A elaboração do diploma veio colocar um ponto final na polémica sobre as vantagens e inconvenientes do estabelecimento de PPPs sem legislação específica ou, por outro lado, que a legislação poderia vir limitar a inovação e criatividade que se vinham manifestando.

<sup>72</sup> Lei que já regulava as PPPs, mas de uma forma estritamente financeira.

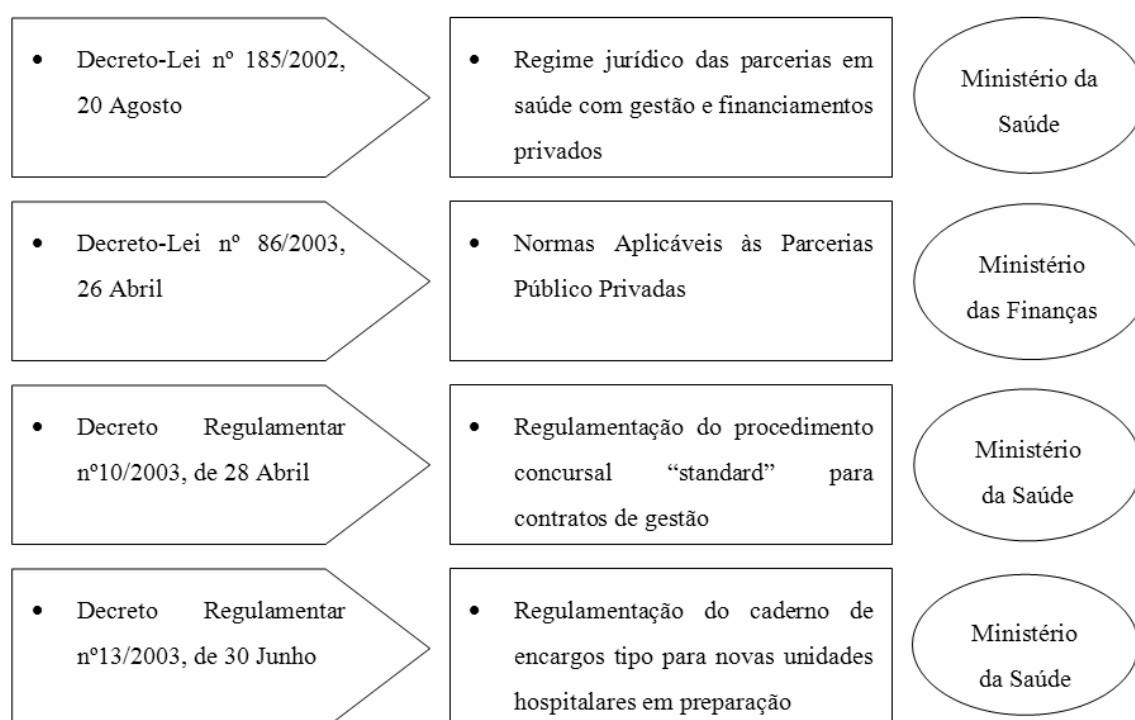
<sup>73</sup> Segundo Sousa (2005), Portugal é um país “pequeno” que tem muitos projectos mas, não tem uma política de PPPs;

<sup>74</sup> “Acrece que este diploma manifesta uma grande preocupação de articulação do regime geral, aplicável às parcerias público-privadas, com eventuais regimes sectoriais, os quais se podem revelar extremamente úteis para efeitos de lançamento de programas integrados de parcerias pelos vários ministérios. Assim, optou-se por uma concepção em que o regime ora aprovado funcionará como um regime de cúpula, que se atém ao essencial da disciplina que se pretende instituir, em detrimento de um regime mais vasto, contendo numerosas normas de natureza supletiva. Prevê-se, assim, a existência de regimes sectoriais, mas que surgirão com uma função complementar deste e não derogatória.” (Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de 2003).

constituição de parcerias público-privadas."

Um dos regimes sectoriais que já foi criado é o do sector da saúde, sector alvo do nosso estudo no âmbito das PPPs. O Enquadramento Legal das Parcerias no Sector da Saúde está estabelecido como resumidamente se enuncia na figura seguinte.

**Figura 1.3.2. - Enquadramento Legal das Parcerias Público Privadas no Sector da Saúde**



Fonte: Simões (2004a)

No que se refere ao regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados, mais especificamente no Decreto-Lei nº 185/2002 de 20 de Agosto<sup>75</sup>, é descrito que os princípios subjacentes aos projectos de PPPs no sector da saúde são:

- A contratação pública deve ser precedida de uma avaliação prévia;
- A contratação pública deve ter um carácter competitivo;
- A transferência de riscos para o parceiro privado de acordo com a sua capacidade

<sup>75</sup> Lei 185 / 2002 - A prestação dos cuidados de saúde num hospital público ou num hospital sob concessão tem que ser igual, o utente não pode notar qualquer diferença (Monge (2005)).

de gestão;

- Os objectivos devem ser definidos pelos seus resultados (especificação de “*Outputs*”);
- A duração deve ter em conta o período de vida útil dos activos subjacentes na parceria;
- A associação duradoura com uma entidade privada ou social no âmbito do SNS deve ser assegurada.

Segundo Cláudia Monge (2005), devido à nossa constituição, a prestação dos cuidados de saúde tem que ser feita sempre pelo Estado directa ou indirectamente e nunca pode ser através de privatizações.

Efectuando um resumo do nosso ambiente institucional, teríamos como resultado o seguinte quadro:

Figura 1.3.3. – **Ambiente institucional**

	PPP's Framework	MoS	MoF	Others
PPP Policy Framework	No	-	-	
PPP General Legal Framework	No	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>LEO (2001)</li> <li>MoF Intervention (2003)</li> </ul>	
Health PPP's Legal Framework	Yes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Specific Bill (2002)</li> </ul>	-	
Health PPP's Regulation	Yes (partially)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Specific Bills for tender Documents (2003)</li> </ul>	-	
PPP's Task-Force	Yes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partnership.Health (2001)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Parública (2003)</li> </ul>	
PPP's General Guidance	No	-	-	
PPP's Specific Guidance (PSC)	No, limited to LEO (2001)	Case-by-case approach	Case-by-case approach	
Marketing Sounding	Yes (partially)	Yes (general & by PPP project)	-	

Fonte: Simões (2005)

É muitas vezes referido que Portugal não tem uma Lei de PPPs ao nível geral, mas também é verdade que Portugal tem um quadro legislativo quase completo (de acordo com a figura 1.3.3.) para as PPPs no sector da saúde; para outros sectores isso já não é verdade. O factor crucial no sector da saúde é que temos uma equipa de trabalho para as PPPs dentro do ministério da saúde (Parcerias Saúde). Um aspecto contra, é o facto de não

termos guias para calcular e comparar o Custo Público Comparável, porque as PPPs têm impacto no Orçamento Geral do Estado, logo não deveria o Custo Público Comparável ser estipulado caso a caso, deveriam existir linhas orientadoras para o calcular, das quais as Parcerias Saúde já estão à espera desde 2003.

Um aspecto peculiar da nossa legislação é o facto de ser muito aberta, o que permite criar PPPs sob vários modelos e sobre qualquer subárea da saúde, seja para hospitais, cuidados primários ou cuidados continuados, como se apresenta nas duas figuras seguintes.

Figura 1.3.4. – **Resumo das abrangências do quadro legal na área da saúde, por subsectores**

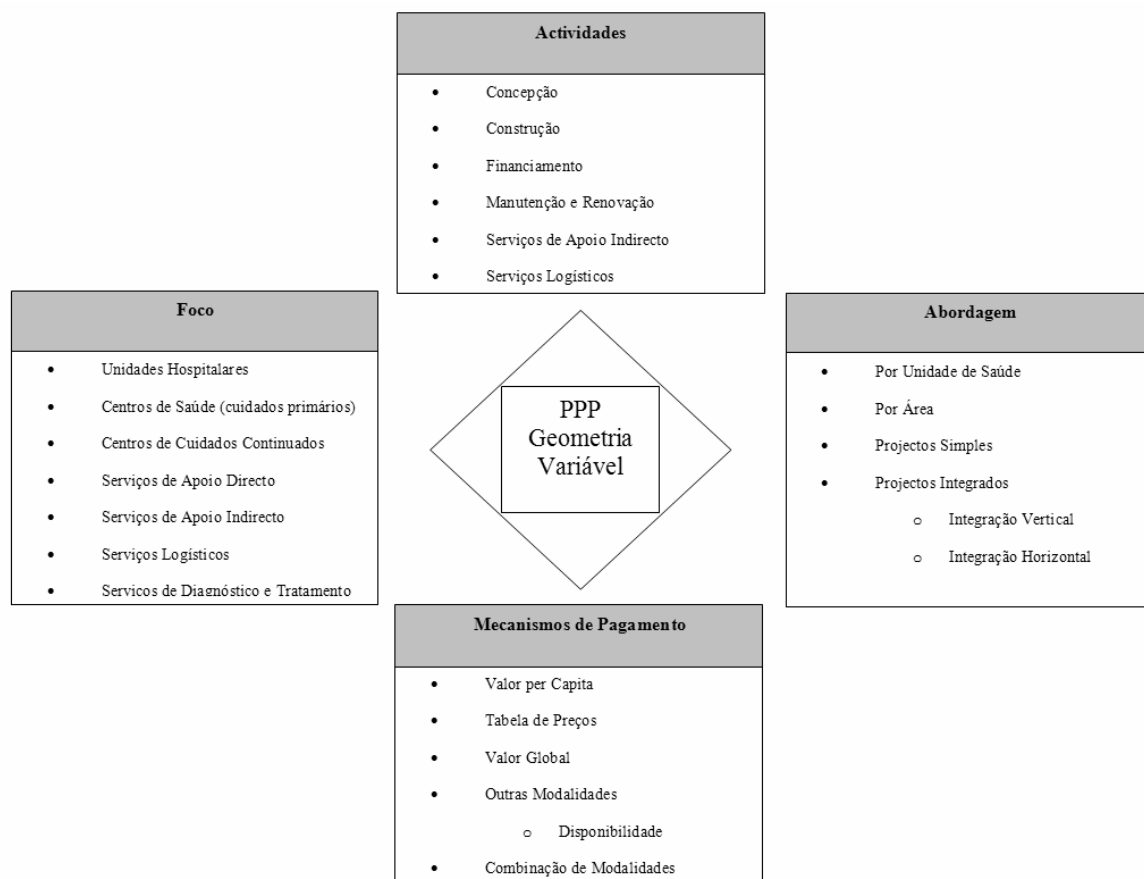
	Health PPP Legal Framework	Standard Procurement Procedure	Standard Tender Documentation
Primary Care	Yes	Yes	No
Acute Care (Hospitals)	Yes	Yes	Yes, but partially
Continuing Care	Yes	Yes	No
Independent Functional Units	Yes	Yes	No
Other NHS Services	Yes	Partially	No

Fonte: Simões (2005)

A nossa legislação não é inibidora de qualquer projecto que se pretenda realizar, logo é hábito designá-la como uma abordagem de geometria variável às PPPs, ou seja, podemos ter projectos de PPPs relacionados com várias actividades (concepção, construção, financiamento, etc...), em ambientes diversos (unidades hospitalares, centros de saúde para cuidados primários, centros de cuidados continuados, etc...), com diversos mecanismos de pagamento (disponibilidade do equipamento, valor *per capita*, etc...) e com diversas abordagens (por unidade de saúde, por área, etc...), como se demonstra na

figura seguinte.

Figura 1.3.5. – Abordagem de Geometria Variável



Fonte: Simões, (2004a)

Ao realizar o enquadramento jurídico das PPPs é necessário ter presente que “Embora muitos dos exemplos dados acima venham do Reino Unido (que se tornou um tipo de laboratório para PPPs) (...), o sistema jurídico de cada país deve ser levado em consideração antes que qualquer programa de PPP seja implementado, já que nem todos países poderão beneficiar-se da abordagem relativamente liberal que é típica da *common law* praticada no Reino Unido. Contudo, onde



há vontade política haverá uma saída jurídica, e diversos países adaptaram suas leis para acomodar projetos de PPP.” (McCormick (2004)).

### 1.3.1. Analisar as PPP à luz do direito comunitário

O Livro Verde sobre as parcerias público-privadas faz referência ao facto das PPPs serem um fenómeno em forte expansão, através das quais se estabelecem novas relações entre as esferas públicas e privadas. O referido Livro Verde descreve as práticas existentes na União Europeia à luz do direito comunitário e lança um debate sobre a oportunidade de conceber um quadro jurídico específico a nível europeu.

Em síntese, o Livro Verde descrito define PPPs<sup>76</sup>, refere as suas principais características<sup>77</sup>, distingue tipos de PPPs<sup>78</sup> e ao analisar as PPPs à luz do direito comunitário constata que não existe nenhum quadro jurídico específico das PPPs a nível europeu. Como consequência, “(...) o Livro Verde propõe apurar se o Tratado que institui a Comunidade Europeia (Tratado CE) e o seu direito derivado constituem instrumentos adequados e suficientes face aos especiais desafios colocados pelas PPP.”<sup>79</sup>

---

<sup>76</sup> “ (...) forma de cooperação entre as autoridades públicas e os operadores económicos. Esta cooperação visa nomeadamente financiar, construir, renovar ou explorar uma infra-estrutura ou o fornecimento de um serviço. As PPP podem ser constituídas nos transportes, na saúde pública, na educação, na segurança, na gestão dos resíduos, na distribuição de água ou de energia. A nível europeu, contribuem para a realização da Iniciativa Europeia para o Crescimento e das redes transeuropeias (RTE).” (Livro Verde sobre as parcerias público-privadas (2004)).

<sup>77</sup> “São características das PPP:

- A duração da relação entre os parceiros;
- O modo de financiamento do projecto;
- O papel dos parceiros na definição, concepção, realização, aplicação e no financiamento.

- A distribuição dos riscos;” (Livro Verde sobre as parcerias público-privadas (2004)).

<sup>78</sup> “O Livro Verde distingue dois tipos de PPP:

- As PPP de tipo meramente contratual  
Neste caso, a parceria baseia-se em relações exclusivamente contratuais e pode integrar o âmbito de aplicação das directivas europeias sobre contratos públicos.
- As PPP de tipo institucionalizado  
Estas PPP implicam uma cooperação numa entidade distinta, podendo conduzir à criação de uma entidade *ad hoc* de participação conjunta ou ao controlo de uma entidade pública por um operador privado.” (Livro Verde sobre as parcerias público-privadas (2004)).

<sup>79</sup> Esta análise refere-se tanto à selecção do parceiro privado como à realização da parceria (Livro Verde sobre as

Relativamente ao primeiro facto a apurar, se o Tratado que institui a Comunidade Europeia (Tratado CE) constitui um instrumento adequado e suficiente aos desafios colocados pelas PPPs, é descrito no Livro Verde sobre as parcerias que, "todo e qualquer acto através do qual uma entidade pública confie a prestação de uma actividade económica a um terceiro, deve ser estudado de acordo com as regras e princípios do Tratado CE". Os artigos 43º e 49º do designado Tratado fazem referência aos princípios da liberdade de estabelecimento e livre prestação de serviços, princípios esses que incluem a transparência, a igualdade de tratamento, a proporcionalidade e o reconhecimento mútuo e que demonstram que o Tratado CE é aplicável às PPPs.

No que diz respeito ao segundo facto a apurar, que é o de verificar se o direito derivado comunitário constitui um instrumento adequado e suficiente aos desafios colocados pelas PPPs, é expresso no referido Livro Verde um exemplo relacionado com os procedimentos de celebração dos contratos públicos. A legislação sobre a celebração dos contratos públicos, revista em 2004, introduz "(...) um novo procedimento de celebração de contratos: o diálogo concorrencial. Este diálogo fornece uma base jurídica a algumas formas de PPP no caso de projectos muito complexos para os quais uma autoridade competente tenha uma necessidade específica e procure junto dos operadores económicos a melhor solução técnica."

Apesar de termos verificado que o tratado CE é aplicável às PPPs e que algum direito derivado comunitário já foi adaptado a esta nova realidade, é necessário colocarmos a seguinte questão, expressa no Livro Verde: É necessário um quadro jurídico específico das PPPs a nível europeu?

Em resposta a esta questão, os meios profissionais denunciam a falta de clareza jurídica do direito comunitário, situação que trava o desenvolvimento das PPPs. Posto isto, o Livro Verde lança uma consulta pública<sup>80</sup> sobre a melhor forma de desenvolvimento de

---

parcerias público-privadas (2004)).

<sup>80</sup> "Coloca uma série de 22 perguntas que abordam nomeadamente os seguintes temas:

- O enquadramento dos procedimentos de selecção do parceiro privado
- A criação de PPP de iniciativa privada
- O enquadramento contratual e as eventuais modificações em curso das PPP
- A subcontratação
- O desafio da concorrência efectiva no caso das PPP institucionalizadas" (Livro Verde sobre as parcerias público-privadas (2004)).

uma PPP num contexto de efectiva concorrência e de clareza jurídica.

Como conclusão para este processo de consulta pública, "a Comissão compromete-se a analisar e publicar os resultados dos contributos à consulta pública efectuada. Apresentará, se for caso disso, iniciativas concretas como forma de acompanhamento. Várias fórmulas são possíveis, nenhuma é imposta: um acto legislativo vinculativo, uma comunicação interpretativa, uma melhor coordenação das acções nacionais, a troca de boas práticas entre Estados-Membros." (Livro Verde sobre as parcerias público-privadas (2004)).

No âmbito Europeu, o papel interventivo na área das PPPs tem sido desempenhado maioritariamente pelo BEI (Banco Europeu de Investimentos), consubstanciando-se o seu papel, muitas vezes, à prestação de garantias para atribuir estabilidade e consistência aos projectos de PPPs.

## **1.4. Enquadramento Orçamental das PPPs**

### **As PPPs e a “desorçamentação”**

O atraso do nosso país em termos infraestruturais levou a que se começasse a utilizar o mecanismo das PPPs, sem que antes tivesse sido claramente definido um enquadramento legal e orçamental para as mesmas. Esta situação levou a uma descredibilização das PPPs que passaram a ser vistas como um mecanismo que possibilitava a “desorçamentação”, a acumulação de pagamentos em atraso pelo Estado, o aumento das dívidas das empresas públicas e municipais sem reflexo no Orçamento de Estado.

É necessário distinguir as PPPs de outras operações que possam contribuir para a falta de rigor e controlo orçamental.

No âmbito do processo da moeda única, o enquadramento orçamental (das receitas e despesas) em Portugal, passou a estar subordinado às regras estabelecidas pela Comissão Europeia através do *Eurostat*, “nomeadamente com vista à avaliação do cumprimento dos limites, fixados pelo Pacto de Estabilidade e Crescimento, ao défice orçamental e ao rácio da dívida pública. As

normas do Eurostat são estabelecidas em coerência com o sistema de contas nacionais em vigor na EU (SEC95) e constam do Manual do SEC95 sobre o défice e a dívida das administrações públicas, em particular da Parte IV – Alugueres, licenças e concessões, ponto 4 – infra-estruturas públicas financiadas e exploradas pelo sector das sociedades.” (Cardoso (2004, pp. 91-92)).

### **Tratamento Contabilístico**

A principal indicação das normas anteriormente referidas, pode passar pela decisão de:

- 1- Integrar no património público, desde a sua construção, o activo resultante do investimento financiado pelo sector privado; ou
- 2- Integrar o activo no património da empresa privada até à sua eventual transferência para o sector público, findo o período contratual de exploração.

A primeira hipótese deverá ter lugar quando a Administração Central fica obrigada a pagamentos regulares à sociedade que constrói e financia a obra e simultaneamente fica exposta à maioria dos riscos e vantagens associadas à propriedade durante o período de exploração. Neste caso o projecto é visto como um investimento público que tem como contrapartida um empréstimo imputado do mesmo valor – o custo de construção integra o défice orçamental dos anos em que estes incorrerem e o seu financiamento acresce à dívida pública.<sup>81</sup>

A segunda hipótese resulta do facto de as administrações públicas ficarem obrigadas ao pagamento dos serviços decorrentes do activo construído e explorado por empresas privadas, ficando a cargo destas os riscos e vantagens advindos da construção e / ou exploração. Nesta situação, o tratamento contabilístico processa-se do seguinte modo: “os pagamentos regulares feitos pelo Estado contam para o défice orçamental, mas o valor do investimento é registado no património da empresa privada, tal como o seu financiamento, não afectando, por isso, a dívida pública.”<sup>82</sup>

No entanto há uma terceira possibilidade de contabilização: se as administrações centrais não incorrerem na obrigação de pagamento à sociedade construtora, caso de uma

---

<sup>81</sup> Cardoso (2004, p. 92)

<sup>82</sup> Cardoso (2004, p. 92)

auto-estrada, sujeita a portagens, o activo é registado no património da empresa privada, bem como o seu financiamento e não tem qualquer impacto no défice ou na dívida pública. Se no final do período de exploração, o activo for entregue ao Estado, é então registado como formação bruta de capital fixo pública, por contrapartida de uma transferência de capital, não tendo igualmente impacto no défice ou na dívida pública.<sup>83</sup>

Devido ao facto do défice e da dívida pública estarem sujeitos a restrições e limites, são extremamente importantes as distinções que se efectuaram anteriormente, mas é muito difícil tratar os casos de fronteira, pelo que, para estes, serão necessárias soluções caso a caso, e será também necessário que as normas orçamentais do Eurostat sejam complementadas por legislação nacional.

---

<sup>83</sup> Cardoso (2004, p. 93)



## **Capítulo II**

### **O processo de desenvolvimento de uma PPP**





# Capítulo II: Elementos-Chave no desenvolvimento de uma PPP

## 2.1. Introdução

Um dos elementos mais importantes no desenvolvimento de uma PPP é a existência de "(...) collegial management style and long-term working relationships among parties in the various organizations involved" (Smith (2001)).

## 2.2. O Comparador do Sector Público e outros modelos de decisão

Associado à origem do conceito de Comparador do Sector Público está a designação de demonstração do interesse público de um projecto, prevista nos termos da alínea e) do ponto 10º do Artigo 8º do Decreto-Lei 86/2003 de 26 de Abril.

A demonstração do interesse público é normalmente justificada por factores "(...) inerentes aos benefícios sociais, ambientais e económicos do projecto"<sup>84</sup>.

A mais-valia financeira, possível de obter na realização de um projecto, tem sido entendida como um benefício que pode ser "aferido através de uma medida de natureza quantitativa que traduza o benefício para o Estado da realização do projecto através de uma PPP em detrimento da sua realização directa por uma entidade pública (value for money)"<sup>85</sup>.

---

<sup>84</sup> Parceria Público-Privada da Linha Antas-Gondomar integrada no sistema de metropolitano ligeiro de superfície do Porto (2004).

<sup>85</sup> Parceria Público-Privada da Linha Antas-Gondomar integrada no sistema de metropolitano ligeiro de superfície do Porto (2004).

Para podermos calcular a mais-valia financeira referida anteriormente, serão necessários grosso modo, dois valores base: o valor da realização do projecto, caso fosse realizado por uma entidade privada (valor que irá resultar da análise das propostas apresentadas durante a fase de concurso para a realização de um dito projecto); e o valor equivalente à "(...)determinação do custo, devidamente ajustado pelos factores de risco, que resultaria para o Estado e/ou para a entidade pública promotora, caso este(a) decidisse promover directamente o projecto de acordo com especificações de *output* perfeitamente definidas"<sup>86</sup>, que consiste no Custo Público Comparável (CPC) ou como é designado pelo HM Treasury Taskforce – Private Finance (1999) - *PSC (Public Sector Comparator)*. "(...) as a hypothetical risk-adjusted costing, by the public sector as a supplier, to an output specification produced as part of a PFI procurement exercise". Da diferença entre os dois valores anteriormente referidos, resultará uma mais-valia ou uma "menos-valia" financeira provocada pela realização de um projecto ou pela prestação de um serviço. Apenas a obtenção de uma mais-valia financeira poderá justificar uma demonstração do interesse público, aliada a outros factores justificativos da importância da realização do projecto com recurso às PPPs<sup>87</sup>.

De um modo basilar, é referido por Simões (2004, p. 57) que, "a contratação deve ser ainda precedida de uma avaliação prévia sobre a sua economia, eficiência e eficácia, de modo a demonstrar ganhos de valor para o erário público (...) ", encontrando-se a mesma ideia descrita na Lei nº 91/2001 de 20 de Agosto<sup>88</sup>.

---

<sup>86</sup> Parceria Público-Privada da Linha Antas-Gondomar integrada no sistema de metropolitano ligeiro de superfície do Porto (2004).

<sup>87</sup> "Apesar da inegável mais-valia que o cálculo de tal indicador apresenta, na medida em que uma vez obtidas as propostas dos parceiros privados, a comparação entre o valor actual dos pagamentos a efectuar ao concorrente vencedor e o valor do CPC indica o *value for money* da PPP, o CPC é um instrumento quantitativo não tendo em conta alguns factores de natureza qualitativa que podem ter um impacto significativo sobre o benefício da realização do projecto através de uma parceria. Pelo que o CPC deverá ser entendido como mais uma variável e não como a variável de decisão da realização de uma PPP" (Parceria Público-Privada da Linha Antas-Gondomar integrada no sistema de metropolitano ligeiro de superfície do Porto (2004)).

<sup>88</sup> "(...) a avaliação da economia, a eficiência e a eficácia de programas com recurso a parcerias dos sectores públicos e privados tomará como base um sistema alternativo visando a obtenção dos mesmos objectivos com exclusão de financiamentos ou de exploração a cargo de entidades privadas, devendo incluir, sempre que possível, a estimativa da sua incidência orçamental líquida." (Lei nº 91/2001 de 20 de Agosto).

De acordo com a designação presente na Ficha Técnica do Custo Público Comparável para os novos hospitais de Braga (2004), Cascais (2004), Loures (2004), para o Centro de Atendimento do SNS (2004) e para o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (2005) em regime de Parceria Público-Privada, o Custo Público Comparável (CPC) corresponde a uma estimativa do custo provável do projecto de parceria a ser analisado, caso fosse desenvolvido pelo sector público, em moldes tradicionais, incorporando previsíveis ganhos de eficiência por parte do sector público.<sup>89</sup>

A principal função do CPC é a de avaliar a economia, eficiência e eficácia da realização da parceria, através da sua comparação com os valores das propostas que forem submetidas pelos parceiros privados. "O custo da proposta privada não deverá ser superior ao Custo Público Comparável, reservando-se o Estado o direito de extinguir o Procedimento Concursal ou de não adjudicar o Contrato de Gestão, caso o valor global actual líquido dos pagamentos anuais a efectuar pelo Estado no âmbito da melhor proposta seja superior ao valor do CPC."<sup>90</sup>

### **A construção do “Comparador do Sector Público”**

Para Jorge Abreu Simões (2004, pp. 75-76), a construção do “comparador do sector público” comporta um certo grau de incerteza e subjectividade na apreciação do valor dos “riscos tradicionalmente incorridos pelo sector público e que, parcialmente, serão transferidos para o operador privado”, porque os riscos presentes num projecto de PPPs são complexos e difíceis de quantificar, factor que pode ter “consequências na apreciação da valia da parceria na óptica do interesse público.”

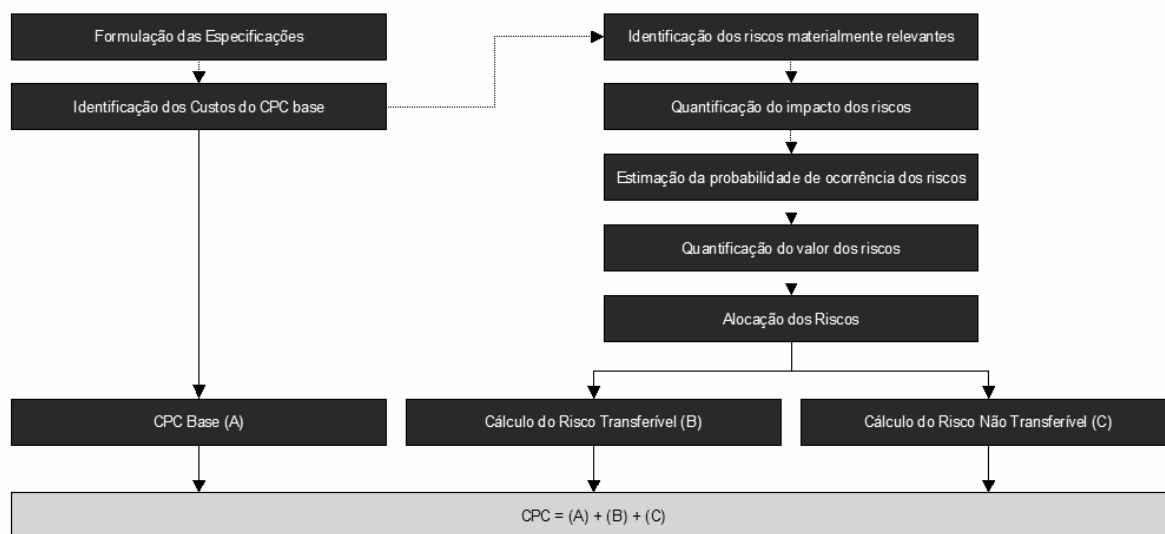
A metodologia de construção/cálculo do custo público comparável pode ser resumida de acordo com o que está presente na figura seguinte.

---

<sup>89</sup> “O CPC corresponde ao Valor Actualizado Líquido do conjunto de fluxos de investimento e de exploração estimados para o desenvolvimento e exploração do projecto, incorporando um objectivo previsível de ganhos de eficiência pelo sector público.” Ficha Técnica do Custo Público Comparável do Novo Hospital de Braga (2004).

<sup>90</sup> Parceria Público-Privada da Linha Antas-Gondomar integrada no sistema de metropolitano ligeiro de superfície do Porto (2004).

Figura 2.2.1. Metodologia de construção do Custo Público Comparável



Fonte: Parceria Público-Privada da Linha Antas-Gondomar integrada no sistema de metropolitano ligeiro de superfície do Porto (2004, p. 5).

A construção/cálculo do CPC inicia-se com a formulação das especificações que consistem na "(...) definição das características com base nas quais serão determinados os custos do projecto numa óptica de desenvolvimento pelo sector público."<sup>91</sup>

Posteriormente à definição das especificações teremos que identificar e determinar os custos do projecto, numa óptica de desenvolvimento directo pelo Estado, obtendo os dados para calcular o CPC Base.

Em termos práticos, de uma forma muito redutora, tomando como exemplo a construção de um novo hospital e a sua manutenção (sem a prestação de cuidados clínicos), as fases anteriores podem ser entendidas da seguinte forma:

- Aferir o custo efectivo que o Estado está a suportar com projectos semelhantes, surge como *benchmark*<sup>92</sup>, ou seja, relativamente a unidades hospitalares de recente construção, se possível de características, dimensões e espaços geográficos

<sup>91</sup> Parceria Público-Privada da Linha Antas-Gondomar integrada no sistema de metropolitano ligeiro de superfície do Porto (2004, p. 5).

<sup>92</sup> Parceria Público-Privada da Linha Antas-Gondomar integrada no sistema de metropolitano ligeiro de superfície do Porto (2004, p. 7).

semelhantes, para nos permitir a extrapolação do custo por cama. Nesta estimativa devem-se incluir os custos com trabalhos a mais e os custos emergentes de reclamações do adjudicatário actual. No cálculo do CPC para o hospital de Braga, "o cálculo do número de camas resultou da adopção de uma demora média de referência de seis dias e meio dias (excluindo episódios com zero dias de internamento, recém nascidos e SO's)", de acordo com a ficha técnica do CPC para o novo hospital de Braga em regime de PPP (2004, p. 9).

Após se ter procedido ao cálculo do CPC Base, o passo seguinte é a identificação dos riscos materialmente relevantes envolvidos na sua quantificação, bem como a sua distribuição pelas partes envolvidas. Com base na ideia inicial de o projecto ser desenvolvido pela via tradicional de contratação pelo sector público, calculam-se os riscos transferíveis, que são aqueles que numa parceria público-privada seriam assumidos e geridos pelo agente privado. Em seguida, e para terminar o cálculo do CPC, serão calculados os riscos não transferíveis<sup>93</sup>, sendo adicionados ao valor anteriormente encontrado.

Seguindo o raciocínio do nosso esquema para calcular o CPC, teríamos que primeiramente identificar os riscos materialmente relevantes que poderiam ser, por exemplo:

- Riscos macroeconómicos<sup>94</sup>;
- Riscos legais<sup>95</sup>;
- Riscos gerais<sup>96</sup>;
- Risco de construção<sup>97</sup>;
- Riscos de expropriações<sup>98</sup>;
- Riscos de manutenção<sup>99</sup>;

Posteriormente iríamos proceder à alocação dos riscos e à sua consequente

---

<sup>93</sup> "(...) são aqueles que, em qualquer caso, deverão ser assumidos pela entidade pública." (Parceria Público-Privada da Linha Antas-Gondomar integrada no sistema de metropolitano ligeiro de superfície do Porto (2004, p. 5)).

<sup>94</sup> Risco de taxa de juro e risco de taxa de inflação.

<sup>95</sup> Riscos de atraso na obtenção de licenciamentos (sobretudo licenciamentos associados à construção).

<sup>96</sup> Riscos associados a greves ou eventuais incompatibilidades com a Autoridade competentes.

<sup>97</sup> Risco de atraso ou desvio orçamental associados à construção da infra-estrutura ou aos equipamentos a fornecer.

<sup>98</sup> Riscos de atraso ou desvio orçamental na obtenção dos terrenos para instalação da infra-estrutura.

<sup>99</sup> Riscos de necessidade de realização de intervenções não programadas ou da realização das intervenções previstas com custos superiores aos estimados.

quantificação (Parceria Público-Privada da Linha Antas-Gondomar integrada no sistema de metropolitano ligeiro de superfície do Porto (2004, pp. 9-10)).

Um dos principais aspectos a ter em atenção no cálculo do CPC é que este “processa-se com base no método dos *cash-flows* descontados. De acordo com este método, o conjunto de custos e proveitos associados ao projecto é actualizado para o momento presente a uma taxa de desconto que reflecta o risco implícito.”<sup>100</sup> (Parceria Público-Privada da Linha Antas-Gondomar integrada no sistema de metropolitano ligeiro de superfície do Porto (2004, p. 5)).

De seguida, iremos fazer referência a outros métodos de decisão, comparando-os posteriormente com o CPC.

Um desses métodos é explanado por Bárbara Costa Pinto (2005) do Departamento de *Project Finance* do Banco BPI, que se refere ao Custo Público Comparável como o custo provável que um projecto teria se fosse desenvolvido directamente pelo Sector Público. Contudo, o BPI nas análises que realiza sobre a viabilidade de determinados projectos, em concreto dos projectos de PPPs na área da saúde, utiliza outro indicador de decisão, que se pode designar de CPC Corrigido, o *Price Cap*.

Segundo Bárbara C. Pinto, o *Price Cap* não é exactamente igual ao CPC, porque no cálculo do *Price Cap* já são incluídos ganhos de eficiência que o sector público pode vir a ter (porque é para isso que se trabalha todos os dias).

Na análise realizada pelo BPI, um negócio efectuado pelo valor do *Price Cap*<sup>101</sup> já seria um bom negócio para o sector público.

---

<sup>100</sup> Deste modo, a aplicação deste método pressupõe:

- A definição do período de tempo – o período de tempo a utilizar deverá ser equivalente ao período esperado para a parceria;
- A projecção dos *cash-flows* do projecto – os *cash-flows* a descontar deverão ser nominais, calculados antes de impostos, incluindo, entre outras, as seguintes variáveis:
  - Custos de investimento iniciais e custos de substituição desse mesmo investimento;
  - Custos de exploração, no caso custos com manutenção;
  - Eventuais receitas de exploração; (Parceria Público-Privada da Linha Antas-Gondomar integrada no sistema de metropolitano ligeiro de superfície do Porto (2004, p. 6))

<sup>101</sup> Para o desenvolvimento do *Price Cap*, três cenários foram criados:

1. Considerava-se que o crescimento das despesas com a prestação de serviços clínicos se iria manter no mesmo nível histórico existente no sector público e, para se chegar a um valor, efectuou-se uma média de 3 hospitais semelhantes em dimensão e perfil e, com boa eficiência dentro do sector público;
2. Englobava alguns ganhos de eficiência, ou seja, redução no crescimento real das despesas com a prestação de serviços clínicos;
3. Para além dos ganhos de eficiência, englobava também cortes em alguns custos; (Pinto (2005)).

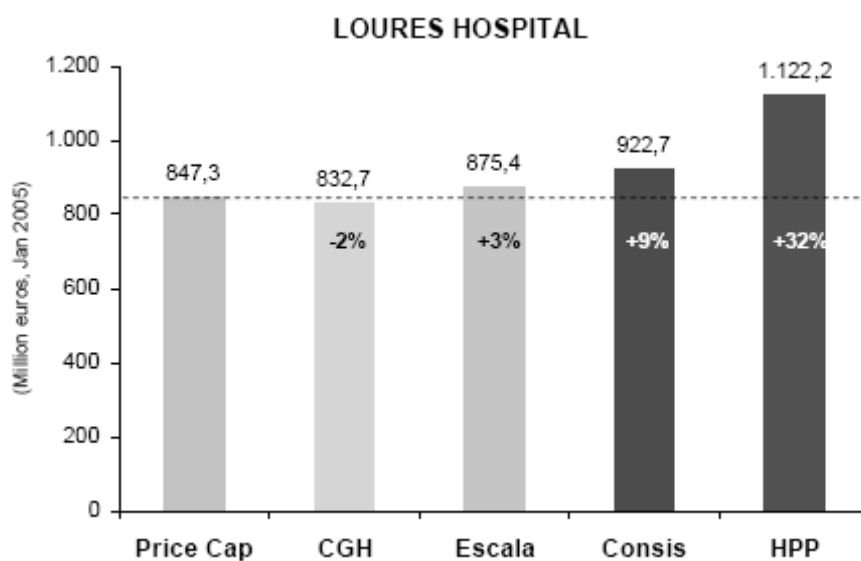
Segundo a abordagem do *Price Cap*, o *Value for Money of the partnership* = *Price Cap* - *NPV* (*Net present Value of payment*)

Efectuando a comparação entre os valores para decisão obtidos com a aplicação do CPC e do *Price Cap*, permite-nos obter as seguintes constatações:

1. Hospital de Loures

- a) CPC– A estimativa do CPC relativo ao Hospital de Loures é de setecentos e noventa e nove milhões de euros (Ficha Técnica do Custo Público Comparável do Novo Hospital de Loures (2004, p. 2));
- b) *Price Cap* – No caso do hospital de Loures, só há uma proposta abaixo do *Price Cap*. Mas, se fosse uma proposta que se situasse ao nível do *Price Cap* já seria um excelente negócio para o Sector Público, porque o *Price Cap* já engloba ganhos de eficiência que se iriam repercutir em ganhos no *Value for Money*, devido a vantagens que resultariam da PPP;

Figura 2.2.2 – *Price Cap* para o hospital de Loures



Fonte: Bárbara Costa Pinto (2005).

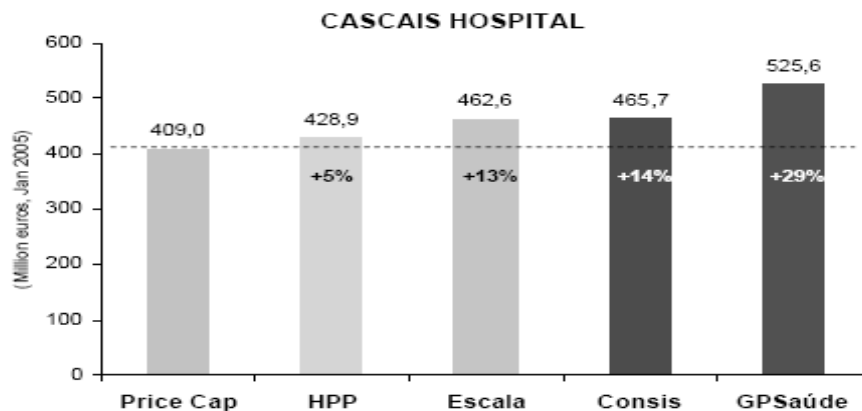
2. Hospital de Cascais

- a) CPC – A estimativa do CPC relativo ao Contrato de Gestão do Novo Hospital de Cascais é presentemente estimado em de quatrocentos e nove milhões de euros, a preços de Janeiro de 2005 (Ficha Técnica do Custo Público

Comparável do Novo Hospital de Cascais (2004, p. 2));

b) *Price Cap* – quatrocentos e nove milhões de euros;

Figura 2.2.3 – *Price Cap* para o hospital de Cascais



Fonte: Bárbara Costa Pinto (2005).

### 3. Hospital de Braga

a) CPC – O CPC relativo ao Contrato de Gestão do Novo Hospital de Braga é presentemente estimado em cerca de mil cento e oitenta e seis milhões de euros, a preços de Janeiro de 2006 (Ficha Técnica do Custo Público Comparável do Novo Hospital de Braga (2004, p. 2));

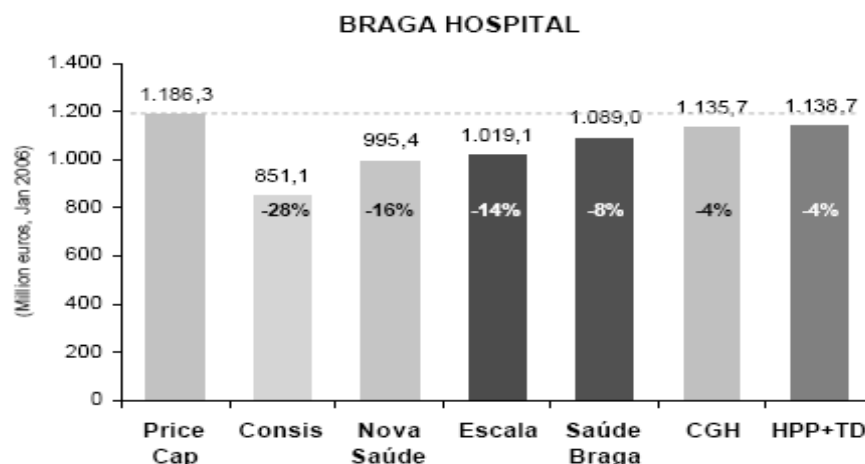
b) *Price Cap* – No projecto de PPP para o hospital de Braga podemos verificar que:

- Todas as propostas recebidas ficaram abaixo do *Price Cap*, o que segundo Bárbara Costa Pinto (2005) poderá significar que quanto maior é o projecto, maior é a ineficiência do Estado para o gerir e maior será o proveito do sector público em realizar a PPP.

Também é referido que, o sector público poderia conseguir um decréscimo adicional no valor das propostas apresentadas, o mesmo será dizer que poderia aumentar o seu *value for Money* se separasse, de um lado, o edifício hospitalar e a sua operacionalização, e do outro, a universidade, porque poderia mais tarde, quando o hospital estivesse concluído, fomentar uma concorrência entre os parceiros privados que operam nos hospitais, no sentido de saber quem é que ganharia o concurso e ficaria com a concessão da universidade;



Figura 2.2.4 – *Price Cap* para o hospital de Braga

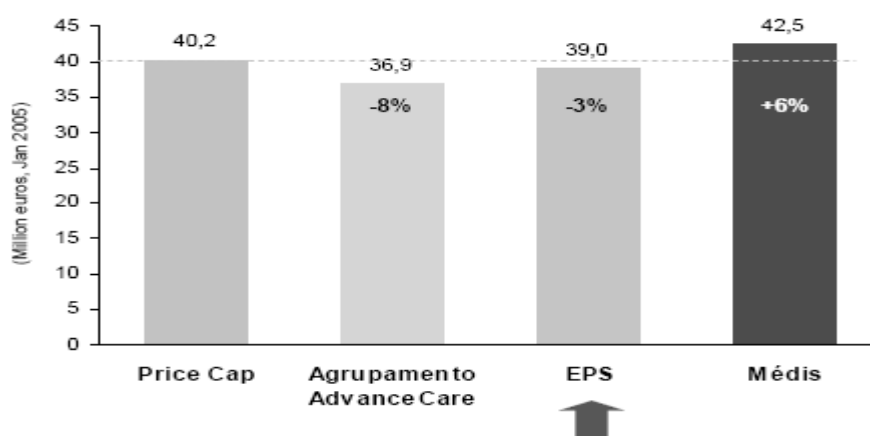


Fonte: Bárbara Costa Pinto (2005).

#### 4. Centro de atendimento do SNS

- a) CPC – A estimativa do CPC relativo ao Centro de Atendimento do SNS é de quarenta mil cento e setenta e oito milhares de euros (Ficha Técnica do Custo Público Comparável do Centro de Atendimento do SNS (2004, p. 2));
- b) *Price Cap* – quarenta mil e duzentos milhares de euros;

Figura 2.2.5 – *Price Cap* para o Centro de atendimento do SNS



Fonte: Bárbara Costa Pinto (2005)

#### 5. Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul

- a) CPC – O CPC relativo ao Contrato de Instalação e Gestão do Centro de

Medicina Física e de Reabilitação do Sul é presentemente estimado em cerca de trinta e oito mil setecentos e cinquenta e cinco milhares de euros, a preços de Janeiro de 2005 (Ficha Técnica do Custo Público Comparável do Centro Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (2005, p. 2));

b) *Price Cap* – trinta e oito mil e oitocentos milhares de euros;

Figura 2.2.6 – *Price Cap* para o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul



Fonte: Bárbara Costa Pinto (2005).

Como podemos constatar, apenas no hospital de Loures é que existe uma diferença significativa entre o CPC calculado pelas Parcerias Saúde<sup>102</sup> e o *Price Cap*<sup>103</sup>, o que poderá demonstrar que o CPC também já engloba possíveis ganhos de eficiência, que poderiam ser obtidos pelo sector público, durante a vigência da PPP, caso fosse desenvolvida pelo sector público, tal como é referido, por exemplo, na Ficha Técnica do Custo Público Comparável do Novo Hospital de Braga (2004, p. 2) aquando da definição de CPC, onde é referido que "(...) corresponde ao Valor Actualizado Líquido do conjunto de fluxos de investimento e de exploração estimados para o desenvolvimento e exploração do projecto, incorporando um objectivo previsível de ganhos de eficiência pelo sector público."












<sup>102</sup> Uma *taskforce* criada no seio ministério da saúde para tratar do fenómeno das PPPs para a área da saúde.

<sup>103</sup> Indicador usado pelo BPI para a análise da viabilidade das PPPs na área da saúde.

## 2.3. Moldura Contratual / Arquitectura Contratual; O desenho da estrutura da concessão e do processo de concurso e os mecanismos de desenvolvimento e gestão dos contratos

As fases de um processo concursal de PPPs podem ser resumidas de acordo com o que foi apresentado por Jorge Abreu Simões, aquando da sua intervenção numa conferência em Lisboa, subordinada ao tema “PPP in Portugal”, realizada em Novembro de 2005, resumo esse que pode ser visualizado na figura seguinte.

Figura 2.3.1. - Fases de um processo concursal de PPPs para a área da saúde

	EMPS	MoH Other Departments	MoF Parpública	Bid Evaluation Committee
PPP Project Identification and Formulation				
PPP Project Preparation and ex ante Evaluation				
Procurement Procedure				
Contract Management				
Partnership Monitoring and Evaluation				

Fonte: Simões (2005)

A abordagem efectuada na figura anterior serve essencialmente para resumir o funcionamento e posteriores fases de um processo concursal<sup>104</sup> de PPP's na área da saúde, mas também para estabelecer quem faz o quê.

1. A identificação e formulação dos projectos de PPPs são, em grande parte, da responsabilidade da entidade sob a alçada do Ministério da Saúde – Parcerias Saúde. Pode existir também um pequeno contributo de outros departamentos do

<sup>104</sup> A montagem de uma operação de PPP é, normalmente, “precedida da realização de um concurso destinado a apurar o consórcio ou promotor que irá, numa fase subsequente, concretizar o projecto.” São comparadas todas as propostas apresentadas a concurso, sendo “(...) escolhida a que cumprir, integralmente, os requisitos previamente estabelecidos no caderno de encargos, nas condições mais favoráveis, isto é, a um menor custo para, neste caso, o Estado.” (Pereira, Rangel e Jales (2002)).

Ministério da Saúde;

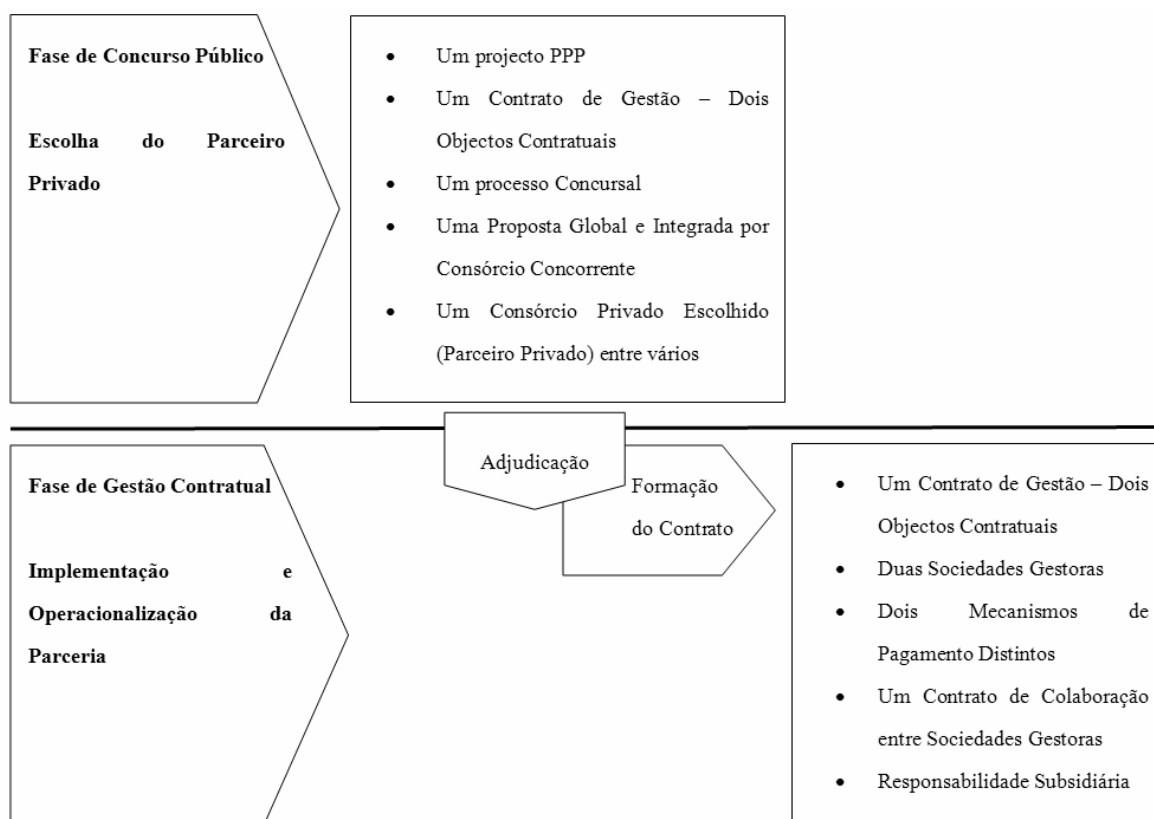
2. A preparação do projecto de PPP e a avaliação *ex ante* é da responsabilidade das Parcerias Saúde, de outros departamentos do Ministério da Saúde e também do Ministério das Finanças através da Parpública;
3. O processo de selecção das propostas recebidas é da responsabilidade, em grande parte, do Comité de Avaliação das Propostas, que é constituído essencialmente por técnicos do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças mas, o Comité é um órgão que se reúne apenas em *part time*, porque as pessoas que o integram têm outras tarefas. Uma das críticas que Jorge Abreu Simões efectua ao processo, é o facto de o Comité apenas reunir em *part time*, ele considera este aspecto como uma das fraquezas do processo, porque esta fase de selecção das propostas é uma fase já por si longa e dispendiosa, logo, não interessa complicá-la mais;
4. Gestão dos contratos – Podemos ter várias abordagens, os contratos mais pequenos como é o caso do Centro de atendimento do SNS, serão geridos por um sector do Ministério da Saúde, mais próximo do projecto em si, dando as Parcerias Saúde apoio a esse sector sempre que necessário. A gestão dos contratos com maior dimensão será da responsabilidade do organismo Parcerias Saúde;
5. Monitorização e avaliação das parcerias – As Parcerias Saúde têm um papel muito importante, porque serão responsáveis por monitorizar e avaliar todos os projectos de PPPs.

Segundo Monteiro (2005) alguns esforços têm sido feitos na tentativa de melhorar a fase de estudo e lançamento de PPPs, induzindo uma crescente competição e *value for money* real:

- Melhor avaliação;
- Simplificação e standardização dos documentos na fase da adjudicação;
- Tentativa de tornar a fase de adjudicação mais rápida;

Em termos esquemáticos, o processo concursal de PPPs para a área da saúde pode ser resumido da seguinte forma:

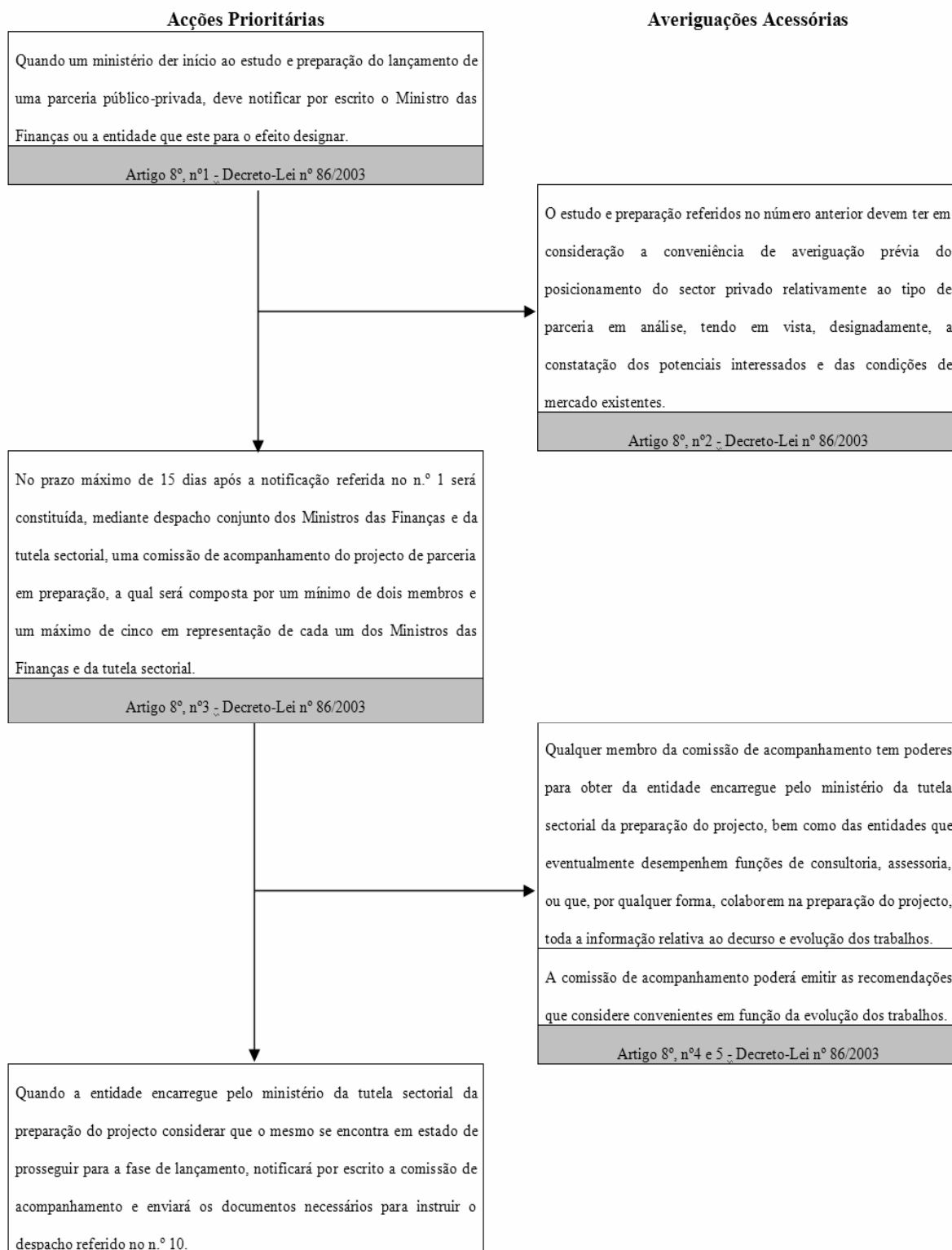
Figura 2.3.2. – Esquema do desenrolar do processo concursal de PPPs na área da saúde



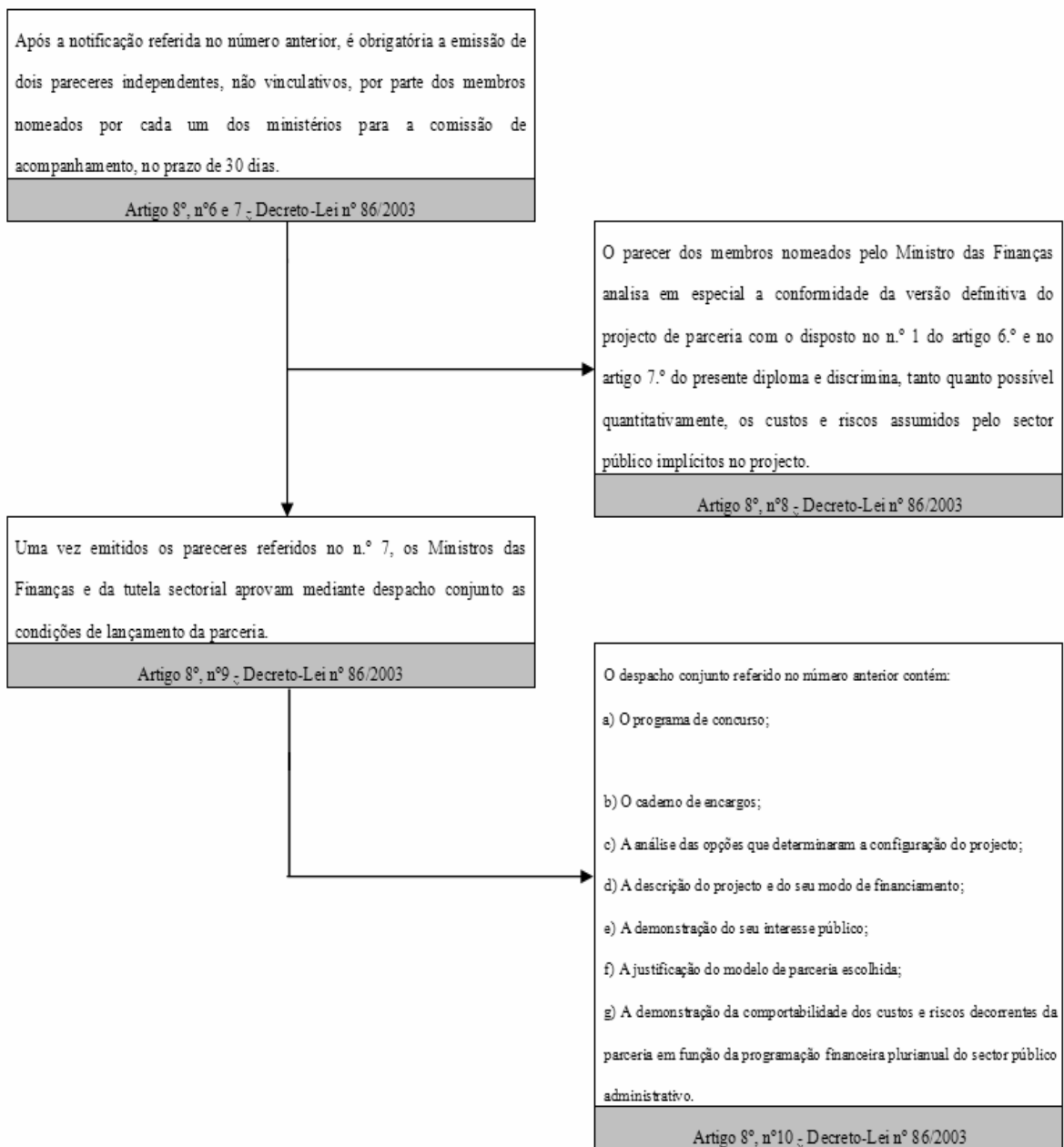
Fonte: Jorge Abreu Simões (2004a)

Em termos legislativos, o Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de 2003, no seu Capítulo II, faz referência à avaliação das parcerias, que se subdivide em:

## 1. Preparação e estudo de parcerias – Artigo 8º



□



## 2. Comissão de avaliação das propostas – Artigo 9º

A comissão de avaliação de propostas é composta por representantes dos Ministérios das Finanças e da tutela sectorial, é constituída por despacho conjunto dos referidos ministérios, e tem como principais funções "(...) a de avaliação, tanto quanto possível quantitativa, dos riscos e encargos em que incorre o parceiro público, directa ou indirectamente, para além da avaliação do mérito relativo das propostas (...)" Artigo 9º, nº2 do Decreto-Lei nº 86/2003.

### 3. Lançamento da parceria – Artigo 10º

O lançamento da parceria é efectuado através de despacho a publicitar nos termos legais.

### 4. Adjudicação e reserva de não atribuição – Artigo 11º

Após despacho conjunto subscrito com o Ministro das Finanças, o qual aprecia a conclusão do relatório elaborado pela comissão de avaliação de propostas, é realizada a adjudicação pelo ministro da tutela sectorial.

"A qualquer momento do processo de selecção do parceiro privado, pode dar-se por interrompido ou anulado o processo em curso, sem direito a qualquer indemnização, sempre que, de acordo com a apreciação dos objectivos a prosseguir, os resultados das análises e avaliações realizadas até então e os resultados das negociações levadas a cabo com os candidatos não correspondam, em termos satisfatórios, aos fins de interesse público subjacentes à constituição da parceria" (Artigo 11º, nº2 do Decreto-Lei nº 86/2003).

## Estrutura contratual

Analisando agora a estrutura contratual em que são realizadas as PPPs, um dos factores que se pode destacar é a formação de uma *SPV* (*special purpose vehicle*)<sup>105</sup>, uma empresa veículo constituída especialmente para o projecto. A *SPV* será a entidade que assegurará o cumprimento de todas as responsabilidades, mesmo as advindas do seu próprio endividamento, o que significa que pelas dívidas assumidas pela *SPV* apenas responderá a mesma através dos seus *cash flows* (*cash flows* do projecto).

De acordo com a figura seguinte, poderemos verificar que a *SPV* ou Sociedade Concessionária tem um papel fulcral na estrutura convencional de um *Project Finance* e/ou *Public Private Partnership*. A estrutura apresentada, é uma possível base de desenvolvimento para um projecto no âmbito de um *Project Finance*, não significando que

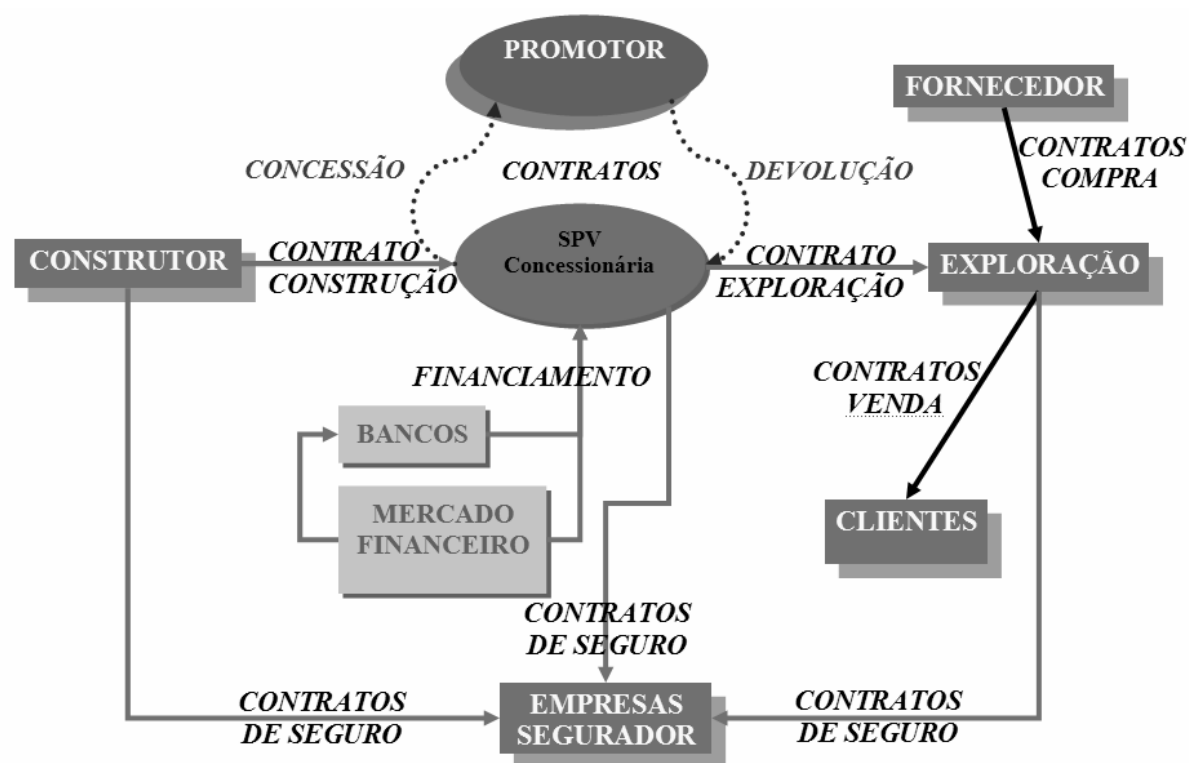
---

<sup>105</sup> A *SPV* constituiu o centro de toda a operação de *Project Finance*, tratando-se de uma "entidade legal independente, cujos accionistas são o grupo de investidores ou outros que tenham interesse no projecto e que estabelece acordos contratuais com todas as partes necessárias". Consubstancia-se também numa "(...) sociedade para cujo capital social contribuem as empresas promotoras do empreendimento em causa, e cuja única função é, precisamente, a de gerir o projecto, sendo que, em caso de incumprimento, apenas poderão ser executados os capitais próprios da *SPV*." (Pereira, Rangel e Jales (2002)).



noutros projectos não possam existir outras partes intervenientes ou outros contratos, ou até que as partes e contratos aqui representados tenham que existir.

Figura 2.3.3. – Estrutura convencional de um *Project Finance*



Fonte: Adaptado de Mário Coutinho dos Santos, *Project Finance*, apresentação realizada no âmbito do módulo de *Project Finance*, do programa de Avaliação e Gestão de Projectos da Faculdade de Ciências Empresariais da Universidade Católica Portuguesa.

De seguida importa destacar a figura do promotor ou concedente, que normalmente é um agente público<sup>106</sup>, o Estado, um Município, outro agente do sector público, ou até um agente privado, que "(...) atribuem à SPV a concessão, garantindo que esta possa exercer todos os direitos sobre a infra-estrutura ou activo por um determinado período de tempo."<sup>107</sup> No final da concessão, o activo é “devolvido” nas condições definidas contratualmente.

<sup>106</sup> Aspecto ainda mais acentuado no caso das PPPs.

<sup>107</sup> Pereira, Rangel e Jales (2002).

O contrato de concessão é uma forma legal que estabelece a ligação entre o promotor e a *SPV* e que concede à última a construção e financiamento ou construção, financiamento e exploração da infra-estrutura objecto do contrato, dependendo da estrutura e da abrangência escolhida para o *Project finance* e/ou parceria.

Referindo-nos novamente à *SPV*, o nível de capitais próprios investidos na *SPV* pelos accionistas é variável, ou seja, em projectos ditos fortes, em que mais facilmente se consegue comprovar a sua capacidade de gerar elevados *cash flows* e que têm implícito um risco reduzido, o nível de endividamento pode atingir no máximo os 90% e 10% de capital próprio. Importa salientar que os bancos credores vão exigir sempre um mínimo de capitais próprios no projecto, que lhes possa garantir um forte envolvimento e motivação por parte dos accionistas da *SPV* no êxito do projecto; por outro lado, os accionistas irão pretender encontrar a estrutura de capitais óptima, equivalente a um custo de capital mínimo<sup>108</sup>, que tendencialmente terá um peso superior de endividamento<sup>109</sup>.

Se o projecto falhar, só os activos afectos ao projecto é que entram como forma de pagamento aos credores na sua tentativa de reaverem os seus créditos, daqui advém a importância fulcral dos *cash flows*<sup>110</sup>.

O financiamento da dívida do projecto pode ser realizado por dois meios: o financiamento directo, através dos mercados de capitais, por exemplo, efectuando a emissão de obrigações, e/ou o financiamento indirecto, ou seja, através de intermediários financeiros (por exemplo, bancos) na concessão de empréstimos.

---

<sup>108</sup> Minimizar o custo de capital =  $\%D(a) \times KD(b) \times (1-t_{IRC})(c) + \%CP(d) \times KCP(e)$ ;

(a) - % de dívida;

(b) - taxa de retorno exigida pelos credores;

(c) - Impacto que a dívida tem no IRC;

(d) - % do Capital próprio;

(e) - Taxa de retorno exigida pelos accionistas; (Mário Coutinho dos Santos, apresentação realizada no âmbito da disciplina de Avaliação e Gestão de Projectos, inserida no Mestrado de Contabilidade e Auditoria da Universidade de Aveiro).

<sup>109</sup> Tendencialmente, para minimizarmos o custo de capital teremos que deter na nossa estrutura de capital uma maior percentagem de endividamento a credores, visto que, normalmente e de acordo com a estrutura da taxa de retorno exigida pelos credores e a estrutura da taxa de retorno exigida pelos accionistas, a segunda tem um componente que incorpora o risco de mercado, o que torna a taxa de retorno exigida pelos accionistas superior à taxa de retorno exigida pelos credores.

- Remuneração real + prémio de risco de inflação = taxa isenta de risco (Títulos de dívida pública) + Prémio de risco de crédito = Taxa de retorno exigida por credores

- Taxa isenta de risco (Títulos de dívida pública) + coeficiente de risco sistemático x prémio de risco de mercado = Taxa de retorno exigida pelos accionistas; (Mário Coutinho dos Santos, apresentação realizada no âmbito da disciplina de Avaliação e Gestão de Projectos, inserida no Mestrado de Contabilidade e Auditoria da Universidade de Aveiro)

<sup>110</sup> *Cash flows* "(...) são a principal forma de pagamento do serviço da dívida e da remuneração dos capitais próprios." (Pereira, Rangel e Jales (2002)).

Como já foi referido, a escolha de um ou dos dois tipos de financiamento dependerá das características do projecto e da capacidade que cada tipo de financiamento terá, no projecto em causa, na minimização do custo de capital.

Um acontecimento habitual no financiamento indirecto através de intermediários financeiros é o facto, de por vezes, os bancos comerciais não financiarem projectos deste tipo "(...) a não ser que agências multilaterais (por exemplo, BERD, IFC) estejam envolvidas na cobertura dos riscos políticos e outros"<sup>111</sup>. A referência à *IFC (International Finance Corporation)*, subsidiária do *World Bank*, e ao *European Bank for Reconstruction and Development (EBRD)*, como instituições que introduzem estabilidade e conferem garantias aos processos de *PF* ou *PPPs*, é efectuada também por Esty, Lysy e Ferman (2002) e por Jenkins (1997).

Um agente que, por norma, também marca presença neste tipo de estrutura contratual, sempre que o *PF* inclua a construção<sup>112</sup> de uma nova infra-estrutura, é um consórcio de construtores (usualmente, um Agrupamento Complementar de Empresas – ACE<sup>113</sup>) com o qual a *SPV* irá estabelecer um contrato de construção. As partes que integram o consórcio de construtores são na maior parte dos casos accionistas da *SPV*<sup>114</sup>.

Após a construção, o projecto entra na fase de exploração e entra em acção na estrutura do *PF* um novo agente que irá operar a infra-estrutura objecto do contrato, com o qual a *SPV* irá estabelecer um contrato de exploração. Este agente terá a seu cargo a gestão e manutenção ou gestão, operacionalização e manutenção da infra-estrutura até à cessação da concessão, assumindo todos os riscos do projecto associados à gestão e exploração da referida infra-estrutura.

Mas, a *SPV* e os agentes responsáveis pela construção e pela exploração, numa lógica de partilha e limitação dos riscos em que incorrem, estabelecem contratos de seguros com empresas seguradoras, sendo estas remuneradas pelo serviço prestado, mas também elas irão assumir a sua cota parte no risco do projecto.

Relativamente às partes envolvidas num processo de *PF*, falta fazer referência aos

---

<sup>111</sup> Pereira, Rangel e Jales (2002).

<sup>112</sup> "Durante a fase de construção são usados quer capitais alheios (dívida) quer capitais próprios no financiamento das operações. Os credores consideram esta fase como um período de carência (onde não há lugar ao pagamento do serviço da dívida) uma vez que o projecto ainda não gera *cash-flows*." (Pereira, Rangel e Jales (2002)).

<sup>113</sup> Entidade que assume os riscos inerentes à actividade de construção.

<sup>114</sup> Concluída a fase de construção e extinto o consórcio de construção, as entidades responsáveis pela construção e que integram simultaneamente o consórcio de construção e a *SPV*, poderão manter ou vender a sua participação na *SPV*.

clientes e fornecedores, agentes que são de uma importância vital para o futuro do projecto, de tal modo que, no caso dos *inputs*, é usual o estabelecimento de contratos com fornecedores que têm como objecto a fixação de fornecimentos a preços e quantidades previamente estipuladas. No mesmo esquema de trabalho funcionam os acordos que a *SPV* tentará assinar com clientes, com preços previamente fixados e que têm em vista o escoamento dos *output's*.

Um último factor de análise num processo de *PF*, é o elemento que define qual o papel desempenhado, as responsabilidades e os direitos de todos os intervenientes no processo - os contratos. O objectivo dos contratos é o de tentar fazer "(...) com que todas as possibilidades futuras estejam previstas e sejam acauteladas" (Pereira, Rangel e Jales (2002)).

Para que haja a adesão de investidores aos projectos, é necessário que se possam prever da forma mais fiável os *cash flows* do projecto e, para que isso aconteça, o estabelecimento dos contratos acima referidos é de extrema importância (Pereira, Rangel e Jales (2002)).

## 2.4. Partilha de riscos

A partilha de riscos<sup>115</sup> no âmbito das PPPs resulta da ideia expressa no artigo 5º do Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de 2003 de repartição de responsabilidade. A repartição de responsabilidades nas PPPs será preferencialmente efectuada da seguinte forma "(...) incumbe ao parceiro público o acompanhamento e o controlo da execução do objecto da parceria, por forma a garantir que são alcançados os fins de interesse público subjacentes, e ao parceiro privado cabe o financiamento e o exercício e a gestão da actividade contratada."

Logo, na persecução das tarefas que estão ao abrigo das responsabilidades atribuídas a cada uma das partes, surgirão riscos, que têm que ser partilhados e geridos

---

<sup>115</sup> A partilha do risco consubstancia-se no facto do concessionário assumir expressa e totalmente todos os riscos inerentes a uma concessão durante a sua duração, excepto quando estabelecido doutra forma no contracto de concessão (Vitorino, 2005).

pelas partes envolvidas na parceria.

Ao abrigo do quadro legal em vigor, e de acordo com o artigo 7º do Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de 2003, "A partilha de riscos entre as entidades públicas e privadas deve estar claramente identificada contratualmente e obedece aos seguintes princípios: **a)** Os diferentes riscos inerentes à parceria devem ser repartidos entre as partes de acordo com a sua capacidade de gerir esses mesmos riscos; **b)** O estabelecimento da parceria deverá implicar uma significativa e efectiva transferência de risco para o sector privado; **c)** Deverá ser evitada a criação de riscos que não tenham adequada justificação na redução significativa de outros riscos já existentes; **d)** O risco de insustentabilidade financeira da parceria, por causa não imputável a incumprimento ou modificação unilateral do contrato pelo parceiro público, ou a situação de força maior, deve ser, tanto quanto possível, transferido para o parceiro privado."

No que se refere ao risco de insustentabilidade financeira da parceria, anteriormente referido, o concessionário tem o direito de requerer a reposição do equilíbrio financeiro da concessão nos seguintes casos:

- Alteração das obrigações e condições da concessão, impostas unilateralmente pelo promotor da mesma, que poderão resultar num incremento substancial dos custos ou numa significativa redução do retorno (por exemplo, alterações substanciais ao desenho do projecto impostas pelas autoridades ambientais, para além das que estavam estabelecidas nos estudos ambientais);
- *Force Majeure*;
- Alterações da legislação em assuntos específicos que resultem directamente num incremento substancial das despesas tidas pelo concessionário ou na redução substancial dos retornos, excluindo alterações gerais nas taxas de imposto, segurança social, legislação laboral e leis ambientais;
- Outras situações expressamente previstas no contracto de concessão;

Como regra, a reposição do equilíbrio financeiro ocorrerá se certos rácios descenderem abaixo de determinados níveis:

- Rácio de cobertura da vida dos empréstimos;

- Taxa interna de rentabilidade

A reposição do equilíbrio financeiro poderá ser efectuada através de uma das seguintes medidas:

- Alterações nas tarifas;
- Compensações ao concessionário;
- Aumento do período da concessão;
- Outros esquemas acordados entre as partes; (António Macedo Vitorino (2005))

Como já foi referido, o "(...) *Project Finance* é diferente das tradicionais formas de financiamento pois, quem empresta olha principalmente para os activos e receitas geradas no projecto de forma a assegurar o pagamento do serviço da dívida. Ao contrário do que se passa numa situação normal de financiamento, em *Project Finance* o credor tem um acesso limitado aos activos não afectos ao projecto pertencentes aos *Sponsors*." (Pereira, Rangel e Jales (2002)).

Face ao que foi anteriormente mencionado, em *PF* o risco de crédito associado ao devedor não é de importância extrema, tornando-se fundamentais a identificação, a análise, a repartição e a gestão do risco associado ao projecto.

Devido ao facto dos riscos associados a um projecto que apenas é garantido pelos *cash flows* gerados pelo mesmo, serem tão elevados, é que se torna tão imperial para as partes que se faça uma correcta repartição dos mesmos, e por sua vez as partes que irão efectuar a sua gestão não poupem esforços para reduzir e eliminar os mesmos.

De acordo com Francisco Pereira, Frederico Rangel e Pedro Jales (2002), e como se poderá constatar pelo seguinte quadro referente à repartição dos riscos associados à construção da nova Ponte Vasco da Gama, o processo de gestão e consequente tentativa de minimização do risco<sup>116</sup> é composto por três fases, sendo possível o acréscimo de uma quarta fase:

1. Identificação das categorias e especificação dos riscos contidos no projecto;
2. Afectação desses riscos pelos intervenientes no projecto;
3. Criação de mecanismos de gestão de risco;
4. Impacto do risco no projecto

---

<sup>116</sup> "Nota: Se um determinado tipo de risco não for passível de ser minimizado, a taxa de juro irá ser acrescida por um prémio de risco que acomoda esse facto." (Pereira, Rangel e Pedro Jales (2002)).

Figura 2.4.1. - Resumo dos principais riscos inerentes a um projecto de PPP

Categoria do risco	Especificação do risco	Consequência da ocorrência do risco	Ações com vista à minimização do risco
Risco na fase de construção	A construção da infra-estrutura não terminar dentro da data prevista para a sua conclusão;	Atrasos nos pagamentos da amortização da dívida e a acumulação de juros e de mais;	Conseguir garantias de que se o projecto não terminar na data prevista o consórcio construtor assume as suas responsabilidades e liquida todos os danos causados;
			Assegurar que os accionistas da SPV entrem com um montante de capital elevado para que estes tenham um efectivo interesse em que o projecto seja um êxito;
	A construção da infra-estrutura não terminar dentro do orçamento previsto;	Possibilidades de incumprimento dos contratos de venda estabelecidos com vista ao escoamento do <i>output</i> ;	Estabelecer contratualmente que o projecto será desenvolvido a preços fixos e num prazo estabelecido;
			Obter pareceres independentes de <i>experts</i> no designe e construção do projecto (muitas vezes os financiadores só libertam determinados fundos se os <i>experts</i> certificarem que tudo está a correr como planeado)
Riscos na fase de exploração	O principal risco passa por na realidade não existir uma procura tão elevada como se esperava para justificar o investimento (ex: Número reduzido de veículos a usar a auto-estrada);		Consulta prévia de peritos de forma a melhor estimar a procura da infra-estrutura;
			Realização de contratos de fornecimento de longo prazo, tentando evitar rupturas de stocks de inputs e problemas com a flutuação de preços;
			Obtenção garantias, junto do promotor, de que existirá um número mínimo de utentes;
			Garantir que o comprador fará um pagamento mínimo;
Riscos gerais que podem afectar o <i>cash-flow</i>	Insuficiente experiência ou a falta de recursos do operador;		Exigir que a exploração do activo seja assegurada por uma empresa experiente, credenciada e que goze de uma boa situação financeira;
	Ineficiência operacional;		
	Falta de mão-de-obra especializada;		

Risco de mercado	Risco de não se conseguir compradores do <i>output</i> a um preço capaz de gerar os <i>cash-flows</i> mínimos previstos, que justifiquem o projecto;		Estabelecer um contrato de venda de longo prazo, que garanta um preço mínimo e uma quantidade mínima;
Riscos comuns às fases de construção e exploração	Risco de crédito		
	Risco técnico	Dificuldades técnicas na fase de planeamento;	Recurso a pareceres de técnicos competentes;
		Defeitos na construção das infra-estruturas;	Manter uma determinada quantia “cativa” de forma a prever a ocorrência de problemas técnicos;
	Risco cambial	Ocorre quando se recorre a financiamento com moeda externa, ou a receita é gerada em moeda externa, ou é necessário comprar os <i>inputs</i> no exterior;	Fazer um “ <i>matching</i> ” da moeda do contrato de venda de <i>output</i> com a moeda do contrato de fornecimento de <i>inputs</i> ;
			Solicitar empréstimos em moedas fortes (que não sofram grandes flutuações);
			Fazer “ <i>hedging</i> ” de forma a cobrir o risco cambial (cobrir eventuais posições curtas ou longas);
	Risco de regulação	Risco incorrido pelo facto de existir possibilidade das licenças necessárias ao desenvolvimento do projecto não serem atribuídas;	Pedido de confirmação acerca dos aspectos legais acima referidos, condicionando a aprovação dos empréstimos à prévia obtenção das licenças;
		Risco de que o projecto esteja sujeito ao pagamento de elevados impostos;	
	Risco político	Instabilidade política ou financeira no país onde o projecto é implementado;	Estabelecer acordos com o país anfitrião em que este assegure a não ingerência no projecto;
		Risco de o Governo do país não cumprir o que foi acordado relativamente ao projecto;	Efectuar pedidos de esclarecimento em termos da aplicação de leis às entidades governamentais;
	Riscos de força maior	Acontecimentos que impossibilitam a construção ou a exploração do activo, de forma temporária ou permanente (Ex.: Inundações, incêndios, terremotos, etc.)	Tentar avaliar a probabilidade de sucederem estes acontecimentos;
			Atribuir estes riscos a outras entidades (Ex.: ao construtor durante a fase de construção);
			Contratar seguros que no caso dos fenómenos se verificarem, garantam aos financiadores o recebimento do que lhes é devido;

Fonte: adaptado de Pereira, Rangel e Jales (2002).

Para além da subdivisão dos riscos em categorias, como se verifica na figura 2.4.1., existem outros tipos de classificação dos riscos, ou outras especificações para os riscos provenientes dos projectos de parcerias.

Exemplos da subdivisão de riscos nas aplicações de contratos de concessões executados em Portugal:



	<b>Estado</b>	<b>Privados</b>
<b>Planeamento</b>	HSBP	
<b>Concepção</b>	H	HSBP
<b>Risco Ambiental</b>	HP	HSBP
<b>Expropriações</b>	HSBP	SB
<b>Construção</b>		HSBP
<b>O &amp; M</b>		HSBP
<b>Procura</b>		HSBP
<b>Mudança de Lei</b>	BP	HSBP
<b>Força Maior</b>	HSBP	HSBP
<b>Riscos Políticos</b>	HSBP	

Legenda:

- H – Hospitais
- S – SCUT's
- B – Brisinhas
- P – Lusoponte

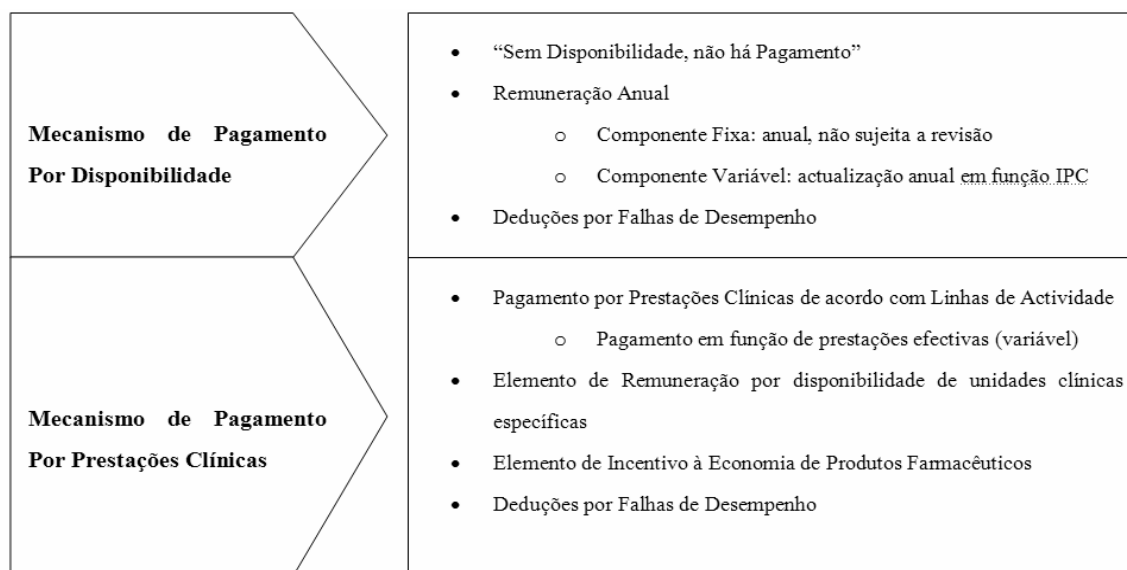
Fonte: adaptado de Alves (2004).

Num projecto realizado através do financiamento estruturado *PF*, é importante que exista uma adequada transferência de riscos; para existir essa transferência, foi desenhado, no caso dos PPPs para o sector da saúde em Portugal, o seguinte mecanismo de pagamentos a efectuar pela entidade pública contratante, à entidade concessionária:

- Pagamento à Entidade Gestora do Edifício Hospitalar – baseado na disponibilidade do conjunto de serviços contratualizados, com penalizações e deduções ao pagamento relacionado com falhas de serviço e de qualidade;
- Pagamento à Entidade Gestora do Estabelecimento Hospitalar – baseado na produção clínica, por grandes linhas de actividade clínica (urgências, internamento, ambulatório), de acordo com uma tabela de preços pré-estabelecida, definida no âmbito de cada concurso, estando igualmente sujeita a penalizações e deduções por incumprimento;

Um modelo que assenta em duas sociedades gestoras necessita de uma boa interacção entre as duas e também de responsabilidade subsidiária (Simões (2004, p. 68)).

Figura 2.4.2. - Duas Sociedades Gestoras – Dois Mecanismos de Pagamento Distintos



Fonte: adaptado de Jorge Abreu Simões (2004a).

“Em *Project Finance* cada caso é um caso diferente. Em cada situação surgem riscos diferentes. Contudo, é comum a todos, a necessidade das partes envolvidas em projectos deste tipo, minimizarem todos os riscos de forma a assegurarem o sucesso do projecto.” (Pereira, Rangel e Jales (2002)).

## 2.5. Alternativas de estruturação do financiamento

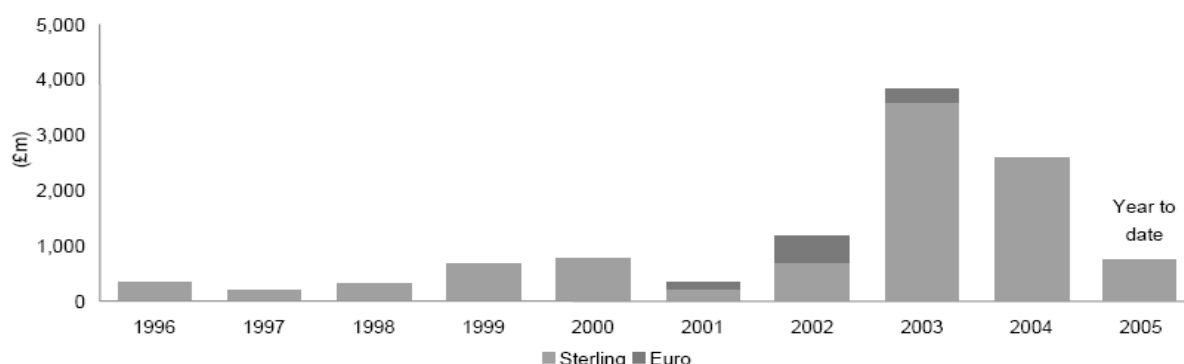
De acordo com Bronte Somes (2005) do londrino *UBS Investment Bank*, instituição financeira que está envolvida no programa de PPPs em Portugal desde 1998, prestando consultoria ao *PF* das SCUT's (projecto financiado com dívida à banca), os *PF* e/ou as PPPs são o resultado da concorrência existente entre os dois intermediários financeiros<sup>117</sup> responsáveis por efectuarem a ligação entre os aforradores e as entidades que necessitam de fundos. As instituições financeiras efectuem a referida ligação de forma indirecta e os mercados financeiros de forma directa. Os mercados financeiros começaram a ganhar maior relevância porque trabalham com produtos que podem ser standardizados,

<sup>117</sup> Mercados Financeiros e Instituições Financeiras (por exemplo, Banca).

como são os exemplos das acções, obrigações, *warranties*, entre outros. As instituições financeiras, que em termos de volume de transacções têm o valor muito aquém em comparação com os mercados financeiros, decidiram inovar introduzindo um novo produto, um produto que só pode ser feito por medida e caso a caso, algo que os mercados financeiros não podem combater – os *PF* e/ou as PPPs.

Mas, segundo Bronte Somes, os mercados de capitais europeus estão abertos e tem-se verificado um aumento do uso das obrigações para o financiamento de projectos de PPPs mais utilizadas para o refinanciamento. Em 2004, mais de dez biliões de Euros de obrigações para financiamentos foram lançadas para projectos na Europa, incluindo o Reino Unido. A razão principal é que, segundo Bronte Somes, é uma forma de financiamento mais barata e eficiente.

**Figura 2.5.1. - Desenvolvimento do mercado europeu de obrigações em utilização nas PPPs**



Fonte: Somes (2005).

### **Pequenas observações do negócio das obrigações nas PPPs**

O acesso a meios alternativos de financiamento encoraja um aumento de competitividade, resultando num melhor retorno – *value for money*.

As principais utilizações de obrigações no financiamento de PPPs tiveram lugar no Reino Unido, com 38 casos. O pico observável na figura anterior, para os anos de 2003 e 2004, deu-se sobretudo devido ao metro de Londres.<sup>118</sup>

### **Os projectos de PPPs em Portugal e o uso do financiamento com obrigações**

<sup>118</sup> Um contrato foi fechado em 2003 e outro em 2004. O contrato de 2003 dizia respeito ao processo inicial e o de 2004 a um processo de refinanciamento. O importante foi verificar que a estrutura de financiamento por obrigações foi bastante diferente de um processo para outro, apesar de terem a mesma base.

Espera-se que a utilização do mercado de capitais, e em particular das obrigações, tenha um aumento, perspectiva que também se aplica a Portugal, principalmente para o refinanciamento de projectos já concluídos, como são os casos de algumas estradas.

Um exemplo da possibilidade de financiamento através da emissão de obrigações, é o caso da Infraco<sup>119</sup>, situação que iria espelhar o que acontece actualmente no Reino Unido.

Relativamente ao financiamento da Clinco<sup>120</sup> com recurso à emissão de obrigações, ainda não existem dados que comprovem que este tipo de financiamento é competitivo.

As afirmações anteriores podem-nos conduzir a retirar a seguinte conclusão: a utilização das obrigações possivelmente não será tão atractiva na Clinco como seria na Infraco. Esta constatação pode-se justificar, principalmente, devido ao período de concessão subjacente aos projectos da Infraco e da Clinco. Para o financiamento através das obrigações seriam mais atractivos os trinta anos da Infraco do que os dez da Clinco. Para dez anos, possivelmente o empréstimo bancário será mais atractivo que as obrigações. Os montantes também são muito importantes, geralmente só acima dos cem milhões de Euros é que começa a ser equacionada a utilização de obrigações. As obrigações não são tão vantajosas a assumir riscos como os bancos, principalmente porque têm que atingir um determinado crescimento para serem rentáveis.

As vantagens que o financiamento com obrigações pode trazer para um negócio são:

- Potencializar os preços competitivos para o financiamento;
- Possibilitar períodos de “graça” maiores que aqueles que os bancos podem oferecer;

Segundo Somes (2005), os principais projectos em que se podem colocar em prática as vantagens do financiamento por intermédio das obrigações são: projectos em que se necessita de um período de “graça” superior ao que os bancos podem oferecer e também nas situações de refinanciamento.

---

<sup>119</sup> Infraco – Empresa concessionária responsável pela gestão das infra-estruturas incluídas no projecto de PPP.

<sup>120</sup> Clinco – Empresa concessionária responsável pela gestão e prestação dos serviços clínicos executados nas infra-estruturas incluídas no projecto de PPP.

## 2.6. A regulação e a monitorização dos contratos

Em termos legais, e de acordo com o Capítulo III (Fiscalização e acompanhamento das parcerias) do Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de 2003, a fiscalização e controlo da execução das parcerias em matérias económicas e financeiras, deverá ser executada por uma entidade ou serviço a indicar pelo Ministro das Finanças; para as restantes matérias, deverá ser o ministério da tutela a designar quem é que vai proceder à fiscalização e controlo das parcerias (artigo 12º do Decreto-Lei nº 86/2003).

No que concerne ao acompanhamento global das parcerias e divulgação dos resultados alcançados pelas mesmas, esta tarefa incumbe, através do artigo 13º nº1 do Decreto-Lei nº 86/2003, aos Ministérios das finanças e da tutela sectorial. Relativamente ao acompanhamento permanente das parcerias, este tem como objectivo "(...) avaliar os seus custos e riscos e melhorar o processo de constituição de novas parcerias<sup>121</sup>".

Também faz parte das atribuições e competências dos Ministros das Finanças e da tutela sectorial tomarem "(...) as providências necessárias para uma eficaz divulgação dos conhecimentos adquiridos pelas entidades incumbidas do acompanhamento das parcerias, bem como para uma crescente colaboração entre elas."<sup>122</sup>

Para Vitorino (2005), quem primeiro deveria monitorizar e gerir o andamento da execução dos projectos em forma de PPPs deveria ser uma entidade independente, o tribunal de contas e, em segundo lugar, é que viria o Governo através dos Ministérios das Finanças e da Tutela Sectorial.

Para Simões (2004, p. 77), no que diz respeito ao acompanhamento da execução contratual, "Para que o ente público retire plenamente os benefícios esperados da parceria, importa assegurar mais do que um simples acompanhamento da execução contratual. De facto, a entidade pública contratante deverá implementar uma abordagem de gestão contratual (*contract management*) numa lógica proactiva, gerindo efectiva e dinamicamente a parceria em contraponto a uma postura

---

<sup>121</sup> A experiência passada deveria ajudar a criar melhores modelos de custo/benefício para o futuro (Vitorino (2005)).

<sup>122</sup> Artigo 13º nº2 do Decreto-Lei nº 86/2003.

distante de rectaguarda (...)”.

À medida que mais projectos com sucesso vão sendo desenvolvidos, as entidades privadas devem assumir mais riscos nas PPPs e o Estado deve ter uma maior fatia dos retornos das mesmas.

Em resumo, “(...) a essência de uma parceria deste tipo consubstancia-se na prestação de um serviço público por um operador privado, ao longo de um período relativamente longo, sendo a fase de gestão contratual da parceria a verdadeira pedra-de-toque do seu sucesso quer para a entidade pública contratante, quer para o operador privado”<sup>123</sup>.

## **2.7. Questões centrais no desenvolvimento de uma PPP**

Neste sub capítulo irão ser referidos e discutidos os principais requisitos que têm que estar reunidos para que o desenvolvimento de uma PPP decorra dentro da normalidade. A análise e registo dos referidos aspectos, possibilitou-nos retirar ensinamentos a ter em conta aquando do estabelecimento de futuros programas de PPPs.

Alguns dos aspectos e das características principais das PPPs que iremos frisar, podem até já ter sido referenciados no presente estudo, englobados noutra abordagem, mas mesmo assim, achamos de vital importância a execução de um resumo dos principais factores que têm que estar reunidos para o desenvolvimento de uma PPP, como forma de alertar para a sua extrema importância.

De acordo com um estudo realizado em quarenta economias em desenvolvimento entre os anos de 1990 e 2000, foi testado empiricamente que, “property rights and bureaucratic quality play a significant role in promoting private infrastructure investment (...)” e sugere também que “countries with higher levels of corruption attract greater private participation in infrastructure” (Banerjee, Oetzel e Ranganathan (2006))

Para Vitorino (2005), a principal preocupação das PPPs deve ser: a forma de

---

<sup>123</sup> Simões (2004, p. 82).

transferência do risco para o sector privado (transferir de uma forma consciente) e o aumento da eficiência na concepção, construção, financiamento e operacionalização das infra-estruturas; e não: ter como objectivo final reduzir as despesas públicas, porque isto não acontece necessariamente, uma vez que o Estado/contribuintes acabarão por pagar a totalidade dos custos.

Ainda de acordo com o referido por Vitorino (2005), outros aspectos extremamente importantes são:

- Antes de se entrar num projecto de PPP, a entidade pública tem a obrigação de efectuar um estudo cuidadoso para verificar a real necessidade dessa infra-estrutura;
- Execução de uma análise de custo benefício - antes de se decidir pela implementação de um programa de PPP, o Governo deve estudar todas as alternativas relevantes e assegurar que a alternativa PPP é a que oferece maior *value for money*;
- A garantia da sustentabilidade de um projecto - ter em atenção que existem alguns projectos que podem não ser sustentáveis, mas que, mesmo assim, podem existir razões políticas e económicas que apoiem a sua realização, o que não deve acontecer;
- O estabelecimento, atempado, de um quadro legal para a PPP em causa - quando se decide lançar um projecto, deve-se primeiro estabelecer um quadro legal para o sector em que ele está inserido e depois desenvolver legislação específica para cada projecto que será construído e gerido pela iniciativa privada;
- Analisar o programa de PPPs numa óptica de longo prazo e não de curto prazo (por exemplo, uma legislatura) – no caso de um grande projecto, como foi o caso das SCUT's, podem-se sempre lançar um ou mais projectos-piloto e daí retirar ensinamentos. No projecto das SCUT's, se se tivessem realizado projectos-piloto, ter-se-iam evitado problemas com as expropriações e com as mudanças de traçado, por exemplo, situações que só trouxeram custos adicionais para o Estado, etc ...

Estas situações podem acontecer também nos hospitais, uma vez que estamos a lançar os projectos de PPPs todos juntos para as unidades hospitalares, sem uma experiência piloto, acrescentando ainda o facto de o nosso projecto ser muito mais arrojado do que outros existentes em países com mais experiência e com projectos já em funcionamento, como é o caso do Reino Unido;

- Assegurar a melhor gestão do risco - as entidades privadas deveriam assumir mais risco nas PPPs; O Estado não deveria assumir riscos de mercado e deveria reduzir o seu apoio quando o projecto provou no passado que tinha sustentabilidade, porque assim as entidades privadas sabem que têm sempre “as costas resguardadas”. A transferência de risco deveria ser em toda a sua plenitude;
- Assegurar que as cláusulas do balanço financeiro considerem os ganhos ou lucros que os accionistas ou as empresas concessionárias pudessem obter no futuro, por exemplo, com renegociações de dívida, aspecto que ainda irá fazer correr muito tinta, pensamos nós;

Para Simões (2004, p. 82), um aspecto verdadeiramente importante, para além dos que já foram referidos, que é necessário assegurar para que o desenvolvimento da PPP decorra dentro da normalidade, é a “(...) gestão contratual da parceria a verdadeira pedra-de-toque do seu sucesso quer para a entidade pública contratante, quer para o operador privado.”

Outro factor essencial no desenvolvimento de uma PPP é, assegurar que os projectos sejam atractivos para os capitais privados, sendo necessário para isso assegurar que os investimentos vão resultar em retornos positivos para os investidores, comparando-os ainda com os retornos de investimento obtidos noutras actividades, com grau de risco similar (Filho (2004)).

Dois elementos essenciais para a implementação bem sucedida das PPPs são apelidados por José Emilio Nunes Pinto (2004) como os dois "C" das PPPs. Falamos de "C" de Cultura e "C" de Criatividade.

O “C” de Cultura advém de uma nova mentalidade social, em que os agentes privados começam a reconhecer que não é só o Estado que tem responsabilidade social. Os agentes privados verificaram que devem partilhar com o Estado, a responsabilidade social relativa às sociedades onde actuam e estão inseridos e, mais ainda, verificaram que podem prestar serviços que até então só eram prestados pelo sector público. Para além das mudanças anteriormente referidas, a Administração Pública tem demonstrado falta de capacidade para cumprir, da melhor forma, a sua função de “investidor”. As receitas arrecadadas mal chegam para cobrir as despesas correntes da Administração Central, tendo ainda de satisfazer em primeiro lugar as necessidades de carácter social, o que lhe deixa muito pouco para investir.



A mudança de atitude do sector privado é um sinal evidente do surgimento de uma nova cultura, que pautará as relações entre o sector público e o sector privado.

Esta nova cultura negocial, que tem que ser desenvolvida e aperfeiçoada, tem na sua base algo que não é verdadeiramente novo, o relacionamento entre o sector público e o sector privado. Desde há longos anos que a administração central e os agentes privados estabelecem relações comerciais, como por exemplo, as construções de grandes infra-estruturas.

No entanto, o relacionamento entre a Administração Central e os agentes privados, no que diz respeito à contratação, é pautado por um sentimento de desconfiança.<sup>124</sup> “As PPPs exigem uma postura negocial de confiança mútua, de parceria e de envolvimento contratual de longo prazo, desde a negociação dos termos contratuais até o cumprimento integral de todas as obrigações ao final do termo do contrato.”<sup>125</sup>

Mas, uma nova Cultura negocial pautada pela confiança<sup>126</sup> mútua praticada pelos agentes que a utilizam, não será, por si só, suficiente para assegurar o sucesso das PPPs.

Da anterior afirmação, advém a justificação para o facto de termos falado em dois “C’s”. O segundo “C” refere-se à Criatividade.

Com a anterior referência à criatividade, não se pretende que se vá reinventar o conceito ou a lógica das PPPs. A criatividade refere-se essencialmente à manipulação dos conceitos base das PPPs aplicados a um novo projecto de PPPs ou a um novo sector. Até porque, experiências anteriores (em termos de estruturas de PPPs) podem não satisfazer integralmente as nossas necessidades (Pinto (2004)).

Na prática, para justificar o referido, relativamente à necessidade da criatividade como meio de adaptação, iremos referir-nos ao projecto de PPP utilizado no caso da Lusoponte.

O modelo de financiamento utilizado na Lusoponte é um modelo alicerçado num *PF* construído sob a forma de PPP, que se baseou no modelo britânico. Contudo, os dois

---

<sup>124</sup> “Desconfiança de que a Administração não honre seus compromissos, na forma e época devidas, já que esta é vista como uma má pagadora. Desconfiança de que o privado não cumpra as suas obrigações contratuais, deixando de entregar o objeto da contratação, na época devida, ainda que a custos superiores que embutem um risco inerente à contratação com a Administração” (Pinto (2004)).

<sup>125</sup> Pinto (2004).

<sup>126</sup> A importância da flexibilidade, transparência e confiança entre os agentes públicos e privados presentes nas PPPs é também realçada por Robert Muggah no seu artigo sobre as PPPs na Colômbia.

países têm diferentes ambientes económicos, sociais e regulatórios e consequentemente, os riscos envolvidos em cada país são diferentes.

Esta abordagem permite-nos observar que a aplicação do modelo base de PPPs britânico ao caso português, pode não ser exactamente o mais correcto. Porque, por exemplo, o processo de PPPs exige transparência total, e a cultura das empresas portuguesas de construção, é uma cultura envolta em secretismos contabilísticos. Inicialmente, será muito difícil para as empresas de construção adoptarem uma cultura de abertura total à informação, como é um pressuposto básico dos projectos de PPPs. Para além disso, o nosso regime jurídico é muito diferente do britânico, que tem outra abertura, possibilitada pela utilização da *Common Law* (Lemos, Eaton, Betts e Almeida (2003)).

A lição mais importante a retirar deste caso é que, experiências similares noutros países são uma importante fonte de informação, mas não devem ser aplicadas de forma directa, devem sofrer ajustamentos que as aproximem do ambiente global onde vão ser aplicadas.

Para concluir a abordagem às principais questões inerentes ao perfeito desenvolvimento de uma PPP, falta-nos referir a importância do mecanismo de pagamentos,<sup>127</sup> como forma de assegurar uma melhor partilha do risco, de acordo com o que já foi referido.<sup>128</sup>

---

<sup>127</sup> Mecanismos utilizados para o pagamento das PPPs:

1. Taxas cobradas aos utilizadores;
  2. "Mecanismos sombra", exemplo, auto-estradas sem custos;
  3. Pagamentos efectuados pela colocação do activo ou infra-estrutura à disposição;
  4. Subsídios governamentais ao investimento;
  5. Fundos europeus para o investimento;
1. As taxas cobradas aos utilizadores são aceites, desde que sejam prestados serviços de alta qualidade; As taxas cobradas aos utilizadores detêm importantes propriedades micro-económicas, induzindo eficiência na alocação dos recursos; Mas, grandes projectos não podem ser financiados apenas por taxas cobradas aos utilizadores;
  2. "Mecanismos sombra" – portagens virtuais - Estão implementados em sete auto-estradas com concessão; o maior problema deste mecanismo não é o stress orçamental que induz, mas o facto de estes mecanismos serem ineficientes – os pagamentos relacionados com a disponibilidade promovem um esquema alternativo de pagamentos que satisfaz as mesmas necessidades e que requer menos constrangimentos políticos;
  3. Pagamentos relacionados com a disponibilidade - Promovem um esquema de pagamentos mais suave para os projectos, que não é possível de ser assegurado pelos utentes; promovem incentivos à performance; é um mecanismo que pode ser misturado com pagamentos relacionados com o tráfico, sem que seja transferido muito risco de tráfico de longo prazo;
  5. PPPs e os fundos Europeus - Os projectos de PPPs com interesse europeu ou os projectos relacionados em grandes infra-estruturas devem ter acesso aos fundos Europeus (Fundos de coesão, etc...) para o seu financiamento.

Mas ...

As regras europeias não foram feitas para os projectos de PPPs, criando viés contra as PPPs, especialmente PPPs pagas por mecanismos de disponibilidade (Monteiro (2005)).

<sup>128</sup> O mecanismo que está a ser aplicado aos processos hospitalares de PPPs é designado por "Duas Sociedades

## 2.8. Vantagens, desvantagens e limitações das PPPs

Iremos abordar neste sub capítulo as vantagens, desvantagens e limitações da PPPs, utilizando o mesmo afunco nas especificações realizadas em relação a cada um dos aspectos anteriormente referidos.

Relativamente às vantagens das PPPs na óptica do Estado, Pereira, Rangel e Jales (2002) referem as seguintes:

1. São uma forma de “contornar” as restrições orçamentais e de endividamento que os Estados actualmente enfrentam<sup>129</sup> o que permite retirar alguma pressão sobre o próprio Orçamento. As PPPs evitam a consolidação do crescimento da dívida pública causada pelos projectos a realizar nas contas públicas (Vitorino (2005));
2. Permitem a transferência da quase totalidade do risco do projecto para o sector privado.

Armando Costa Manso (2005) também refere a importância desta vantagem, acrescentando-lhe a referência à transferência de responsabilidade. Por seu lado, António Macedo Vitorino (2005) relativamente a esta vantagem, acentua o facto da transferência de risco se efectuar em todas as fases da parceria. Já Teodora Cardoso (2004) salienta a importância da transferência do risco e especifica alguns dos riscos:

- Risco de incumprimento dos prazos;
- Risco de omissão de detalhes de construção e conservação que mais tarde vem a onerar fortemente o projecto, omissão essa que muitas vezes é utilizada para que os projectos ultrapassem restrições orçamentais;

Também André Sodré (2004) se refere à vantagem da transferência para o sector privado dos riscos que este, em princípio, está mais apto a administrar (riscos operacionais, obsolescência tecnológica, etc...);

3. As PPPs permitem multiplicar o número de iniciativas<sup>130</sup>, porque com a mesma

---

Gestoras – Dois Mecanismos de Pagamento Distintos” (Simões (2004a)).

<sup>129</sup> Como exemplos temos o Pacto de Estabilidade na União Europeia, as regras orçamentais nos EUA, os limites ao endividamento das Administrações Locais, etc... (Cardoso (2004, p. 88)).

<sup>130</sup> Hoje é necessário multiplicar o número de projectos. A generalidade dos Governos dos países desenvolvidos debate-se hoje com um grande problema: elevado nível de endividamento (o limite máximo) e elevada carga fiscal como forma geradora de receitas (a máxima que os contribuintes estão dispostos a aceitar), a par de exigências cada vez maiores dos

dotação orçamental passa a ser possível lançar muito mais projectos (Fiocca (2004)).<sup>131</sup>

- a. Um importante efeito indirecto consubstancia-se na potencialização de um nível de actividade económica mais intenso, promovendo também maiores níveis de desenvolvimento económico e social. Para esta situação é também muito importante o assinalável número de empresas de construção civil presentes no projecto, sendo o desenvolvimento do sector da construção civil caracterizado por influenciar positivamente o desenvolvimento de um grande número de outros sectores. De acordo com um estudo usado como suporte ao Programa de Prioridades de PPPs, o investimento público, no longo prazo, induzirá a um crescimento da economia, alegadamente, mais do que nove vezes e meia superior ao montante investido pelo sector público – números que Vitorino (2005) coloca em dúvida;
4. A presença do Estado neste tipo de operações permite reduzir o do risco da operação e, conseqüentemente, contribui para a redução do custo do financiamento do projecto. Daqui poderá resultar, "(...)a emissão de títulos de dívida, para diferentes prazos, necessariamente longos, com taxas relativamente próximas das que resultariam da colocação de dívida do Tesouro nos mercados, possibilitando o aparecimento de títulos de reduzido risco para prazos diversificados, em quantidade apreciável, o que, sem dúvida, será um contributo importante para a dinamização dos mercados financeiros"<sup>132</sup> (efeito indirecto).
5. Melhoria da eficiência e da eficácia através de:<sup>133</sup>

---

cidadãos no que respeita à prestação de serviços públicos – infra-estruturas ambientais, infra-estruturas de saúde mais condignas e melhor qualidade na prestação de serviços de saúde, melhoria da qualidade da educação e das infra-estruturas educacionais, direito a pensões de reforma (maior peso de população envelhecida face ao menor peso da população activa no total da população), maiores exigências em termos de defesa e segurança, etc... (Cardoso (2004, pp. 88-89)).

<sup>131</sup> "(...) substitui-se a necessidade da prévia disponibilização da totalidade do custo do projecto pelo pagamento periódico de uma renda" (Pereira, Rangel e Jales (2002)).

<sup>132</sup> Pereira, Rangel e Jales (2002).

<sup>133</sup> Maiores incentivos para melhoria da eficiência – a iniciativa privada tem o lucro como objectivo, o que obriga a uma cuidadosa gestão dos recursos, a uma maior eficiência e à melhoria da prestação de serviços, por forma a cativar um crescente número de clientes. "É esta a eficiência que as PPP tentam fomentar". É necessário ter em atenção que os sectores alvo de possíveis PPP, são sectores caracterizados por tendências monopolistas ou de concorrência muito limitada, o que poderia eliminar um dos pressupostos mais importantes e necessários para que haja

- Inovação; a importância da inovação é focada também por Vitorino (2005)<sup>134</sup> e por Cardoso (2004, p. 90)<sup>135</sup>.
  - Optimização dos custos – “While the experiences of governments with contracting-out are certainly varied, the evidence suggests that it can reduce costs and/or provide for superior levels of service relative to public provision” (Bettignies e Ross (2004));
  - Melhor uso dos recursos (infra-estruturas);
  - Optimização da partilha de responsabilidades entre o sector público e o sector privado (Manso (2005));
  - Maior capacidade de gestão das empresas privadas, desenvolvida num ambiente competitivo por oposição à burocracia do Estado (Cardoso (2004, p. 90));
6. Construção de infra-estruturas ou serviços com custos mais baixos<sup>136</sup> (Manso (2005));
  7. Libertação de fundos para a coesão económica e para programas sociais (Vitorino (2005));
  8. Maior rapidez na construção das infra-estruturas<sup>137</sup>, devido essencialmente a dois factores: o hiato temporal entre a utilização e o pagamento do activo/serviço e o seu impacto nas contas públicas, o que permite que as decisões de investimento sejam menos morosas, e os privados têm interesse em colocar em funcionamento, com maior urgência, os activo/serviços alvo de PPP, porque só depois da sua disponibilização é que vão começar a receber os pagamentos e consequentemente os respectivos *cash flows* (Amaro (2004, p. 113)).
  9. Redução do custo total ao longo da vida do activo – existindo uma combinação de tarefas que serão da responsabilidade de privados, tais como o design, a construção e o financiamento de uma infra-estrutura, o consórcio responsável pela execução do

---

eficiência e competitividade, a própria concorrência. Será necessário, caso a concorrência não exista, que o Estado, através de regulamentação, fomente um ambiente concorrencial (Amaro (2004, p. 114)).

<sup>134</sup> As PPPs aproveitam as capacidades que o sector privado tem, relativamente à inovação e à eficiência.

<sup>135</sup> Maior capacidade de inovação das empresas privadas, em particular no domínio financeiro.

Nota: quanto menos eficientes forem as regras no sector público (por exemplo: na gestão de pessoal, na política de compras), maior será o ganho potencial da utilização das PPP's para o Estado (maior *value for money*);

<sup>136</sup> Vantagem também referida por Fiocca (2004).

<sup>137</sup> De melhor qualidade. (Fiocca (2004)).

projecto "(...) will have no incentive to minimize the full lifetime costs associated with providing the service. This may involve spending more in construction to reduce maintenance or operation costs later (...)" (Bettignies e Ross (2004)). Sendo o risco de construção da responsabilidade dos privados, o Estado deixa de se preocupar com custos inesperados resultantes de atrasos ou alterações. Não tendo o Estado a responsabilidade da construção e sabendo que só procederá ao pagamento do activo/serviço aquando da sua disponibilização, vai preocupar-se menos com os custos de curto prazo (visão de tesouraria de curto prazo), preocupando-se mais com o facto de a construção ser adequada, duradoura, de qualidade, com melhor adaptação à prestação dos serviços e que minimize os custos de manutenção e riscos no longo prazo.

10. Aumento da *accountability* – "(...) as PPP implicam que haja uma maior autonomia do serviço a prestar e uma maior exposição. Por outro lado, responder perante investidores privados e sector público exige uma maior visibilidade e uma maior responsabilização dos gestores da unidade prestadora" (Amaro (2004, p. 115)).
11. Maior equidade inter-geracional – devido ao facto dos pagamentos do Estado pelo activo/serviço só serem efectuados à medida que os contribuintes vão usufruindo do activo, leva a que, não vai onerar tanto os contribuinte/pagadores aquando da decisão de construção/prestação, mas sim quem vai beneficiando do activo/serviço - Princípio do utilizador pagador (Amaro (2004, p. 115)).
12. Criação adicional de rendimento – devido à maior capacidade de inovação e ao maior dinamismo comercial do sector privado. Na tentativa de captarem novos clientes, as entidades privadas tentam inovar procurando propor serviços adicionais e facultativos que geralmente trazem maior valor acrescentado que os serviços base. Neste sentido é necessário que o Estado possibilite liberdade de iniciativa e incentive a iniciativa privada (Amaro (2004, pp. 115-116)).

Concluindo, a realização de projectos com recurso ao *project finance* permite alcançar impactos favoráveis nas contas do Estado, na dinamização dos mercados financeiros, no melhoramento do parque de infra-estruturas, em suma, na actividade

económica em geral (Pereira, Rangel e Jales (2002)).

Tal como foi referido no início deste sub-capítulo, os três aspectos que lhe dão origem vão ser abordados da mesma forma, sem preterir nenhum deles.

Abordando agora as possíveis desvantagens das PPP's, que têm sido argumentadas, em Portugal, de uma forma menos efusiva, devido ao impacto positivo que as PPPs têm nas contas públicas. Mas nós iremos reflectir sobre as desvantagens das PPPs, e colocar mesmo em causa as vantagens, para ficarmos com a certeza de que as vantagens o são ou não, na prática.

Desde logo, e de acordo com a ideia referida por Gaffney, Pollock, Price e Shaoul (1999, p. 48), o recurso às PPPs implica:

1. Maiores custos financeiros<sup>138</sup>. "The private finance initiative is a method of financing, not of funding. It allows the government to defer public spending—albeit at a much higher cost". A mesma ideia é mencionada por Vitorino (2005) referindo que o Governo consegue empréstimos a taxas mais baixas que o sector privado (um abaixamento que pode variar entre 1 a 3%);
2. Impacto em gerações futuras e próximos Governos - Por exemplo, o programa das SCUT's foi lançado em 1995, no Governo do Sr. Eng.º António Guterres, e o primeiro pagamento decorrente daquele programa foi efectuado em 2005. Se o Eng.º Guterres não se tivesse demitido no segundo mandato, governaria até 2003. A julgar pela experiência passada da nossa democracia, um partido político nunca permanece mais que dois mandatos seguidos no poder, porque começa a existir uma acumulação de contestações/situações que têm levado sempre à mudança de Governo. Logo, o partido socialista não estando a pensar ganhar o terceiro mandato (2004-2008), nem prevendo um abandono de Guterres, iria penalizar e limitar a acção do Governo que se lhe seguisse, porque teria que começar a pagar as SCUT's em 2005 (isto é um exemplo, porque situações contrárias também já se verificaram). Esta desvantagem é referida também por Armando Costa Manso (2005), referindo que os resultados no curto prazo, vão-se repercutir em obrigações de longo prazo, comprometendo o futuro

---

<sup>138</sup> "(...) implications of using private finance, inevitably more expensive than public finance, in essential public services." (Shaloul (2005)).

com uma acção presente;

3. *Value for Money* – usualmente é referido que os projectos em PPPs custam mais do que se fossem executados através do método tradicional, porque o Estado tem que assegurar os lucros das entidades privadas, para que existam participantes nos concursos, além disso os custos de transacção são elevados. Em Portugal lançaram-se muitos projectos sem termos qualquer experiência, não existem experiências piloto. Esta desvantagem também é subscrita por Armando Costa Manso (2005), referindo-se à inexistência de experiência nacional no sector público para organizar, negociar e contratar na senda de um novo tipo de concursos;
4. "(...) lack of transparency (...) and the potentially serious problems that can arise when contracts are not well-designed" (Bettignies e Ross (2004, p. 136)). Falta de transparência – apesar das regras para as PPPs já estabelecerem certas publicações como obrigatórias durante o processo do concurso, pouca informação é fornecida às entidades públicas a partir do momento em que as infra-estruturas são dadas como prontas.

Um exemplo de uma grande falta de transparência, e com a qual os únicos prejudicados são as entidades governamentais, é o seguinte:

- Os bancos querem manter os clientes lucrativos, com os quais realizam parcerias nas PPPs, mas quando os bancos efectuem renegociações de um projecto de PPPs, deveriam comunicar à entidade pública o sucedido e, esta deveria beneficiar da parte dos lucros derivados da renegociação, o que não acontece;
5. Possibilidade de diminuição da qualidade do serviço prestado – As PPPs, normalmente são constituídas tendo como base a prestação de serviços de utilidade pública que têm uma concorrência muito limitada, para não dizer nula. Para evitar esta possibilidade de diminuição da qualidade do serviço prestado, o Estado tem que efectuar uma regulamentação eficaz desde o início da concessão, definindo claramente a quantidade e grau de qualidade que a prestação dos serviços contratados devem ter, não permitindo que a entidade privada execute de uma forma totalmente linear o seu principal objectivo, que é



a maximização do lucro, tendo duas hipóteses para o atingir: aumentar as receitas, o mesmo será dizer, mais clientes, ou reduzir custos o que consequentemente irá reduzir a qualidade, o que não se pretende (Amaro (2004, pp. 117-118)).

6. Dificuldade na definição contratual – “perfect contract can never be written and that, even if it could, performance cannot be perfectly monitored” (Bettignies e Ross (2004, p. 144)). É necessário que exista uma clara definição dos deveres e obrigações das partes envolvidas no contrato. É necessário não esquecer nenhuma eventualidade que possa acontecer, bem como distribuir claramente as responsabilidades, evitando assim litígios entre as partes, situação que pode comprometer a relação de confiança que está na base da PPP. Este facto torna a negociação muito demorada, ainda mais, tratando-se de um contrato com uma duração tão dilatada;
7. Falta de flexibilidade – na tentativa de regulamentar exaustivamente todas as situações que possam surgir, limita-se por vezes a liberdade de iniciativa, de inovação, de capacidade de mudança da entidade privada, um dos seus principais atributos enquanto entidade contratante de uma PPP (Amaro (2004, p. 118));

No que se refere às barreiras à implementação das PPPs, Amaro (2004, pp. 116-117) refere que, nem sempre será possível a aplicação de PPPs com sucesso, devido essencialmente a três grupos de entraves:

- Barreiras estruturais – muitas vezes tem que se proceder à revisão das competências das entidades estatais que deixam de prestar o serviço, para passarem a supervisionar a PPP. Para estas mudanças é necessária muita vontade política, porque as entidades públicas são bastante adversas à mudança devido ao facto de terem estruturas organizacionais muito rígidas;
- Barreiras legais;
- Barreiras políticas – existem ainda muitos estratos e sectores da sociedade civil portuguesa que se mostram bastante adversos à participação de entidades privadas em sectores fundamentais da vida social. “Por outro lado, há quem tema que as PPP se tornem um factor de distorção das decisões públicas de financiamento, privilegiando projectos que possam

oferecer uma maior rentabilidade e /ou maior desorçamentação a curto prazo, em detrimento de projectos mais urgentes sob o ponto de vista social (...)”<sup>139</sup>.

Pedro Pita Barros, colocou em causa as vantagens das PPPs anteriormente referidas e chegou à seguinte conclusão:

O Impacto económico das PPPs é igual à soma de:

- (+) eficiência e inovação
- (+) capacidade de resposta às necessidades das populações servidas
- (-) custos de montagem do processo
- (-) (eventual) falta de flexibilidade
- (-) aumento de litigância
- (-) dificuldades de ajustamento do Estado

Saldo: ainda é uma incerteza<sup>140</sup>

Para terminar a referência relativa às vantagens e desvantagens das PPPs , mencionaremos ainda um *research survey* realizado por Li, Akintoye, Edwards e Hardcastle em 2005, que tem como objectivo verificar quais as vantagens e desvantagens mais importantes, associadas à realização de PPPs. Como conclusão chegaram a um conjunto de quatro vantagens das PPPs que potencializam a sua atractividade: “(...) better project technology and economy; greater benefit to the public; public sector avoidance of regulatory and financial constraints, and public saving in transaction costs”; e, três desvantagens que tornam as PPPs menos atractivas: “(...) inexperience of the public and private sectors; the over-commercialisation of projects, and high participation cost and time for participants”.

Para demonstrar a aplicabilidade das PPPs da qual resultarão vantagens e/ou desvantagens, utilizaremos um estudo efectuado pela *Pricewaterhousecoopers*, denominado *Public Private Partnerships: a clearerview*, e que é referido por Amaro (2004, pp. 118-126). O Estudo reflecte a experiência de PPPs no Reino Unido, foi elaborado no final de 2001, com base numa amostra de 27 projectos de PPPs no Reino Unido, em vários sectores de actividade. Foram inquiridos diversos agentes, desde

---

<sup>139</sup> Amaro (2004, p. 117).

<sup>140</sup> Para conhecer o estudo em pormenor, consultar Barros, “PPP – Impacto económico”, apresentação efectuada na Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.

promotores e operadores a utilizadores (consumidores e contribuintes).

A principal conclusão revelada pelo estudo mostra que, os principais envolvidos nas parcerias estão satisfeitos, que estas geram, de facto, mais valias, ou seja, as PPPs funcionam. Os agentes envolvidos reconhecem também melhorias na qualidade dos serviços prestados. O estudo reflectiu também que têm ainda que ser feitas melhorias, mas não nos podemos esquecer que estes contratos de PPPs foram os primeiros e que toda a experiência acumulada nesta primeira vaga será transportada para os contratos a realizar futuramente.

### **Opiniões dos gestores das PPPs em estudo, face às melhorias provocadas por estas**

Relativamente às PPPs que dizem respeito à construção de infra-estruturas (as mais usadas), demonstram que dos projectos analisados só num é que a conclusão não ocorreu dentro da data prevista, por oposição à ideia de que dois terços das obras públicas registam atrasos. Relativamente às derrapagens de custos, estas foram praticamente inexistentes e quando não foram, foram suportadas pela entidade privada.

"A opinião generalizada foi de que se verificou um melhor planeamento, que a obra final apresenta um melhor design, uma maior funcionalidade e melhor qualidade. A este nível constatou-se, ainda, que os contratos de longo prazo, como é o caso dos DBFO criam um maior valor. Esta situação decorre do facto de os operadores tomarem em consideração, na fase de planeamento, todo o ciclo de vida do produto e, aquando da construção, utilizarem materiais mais duradouros, para reduzir os custos futuros de manutenção." <sup>141</sup>

Relativamente ao pessoal, estes transmitem a ideia de que as novas instalações têm melhores condições de trabalho. Em doze dos projectos analisados existiram funcionários que transitaram do sector público para o privado sem grandes problemas. É necessário ter em consideração que a legislação laboral do Reino Unido é mais flexível que a portuguesa, o que não permite uma extrapolação muito fiável dos resultados, numa aplicação dos mesmos à realidade portuguesa. De registar que a abertura dos funcionários à mudança de gestão para o sector privado teve melhor aceitação, porque se procedeu a uma consulta pública e ao seu envolvimento activo no desenvolvimento de todo o processo.

---

<sup>141</sup> Amaro (2004, p. 121).

### **Visão que os promotores da parceria (sector público) têm do sector privado**

A confiança e o respeito mútuo são considerados muito importantes. É ideia generalizada que, apesar das dificuldades iniciais, os agentes privados estão "(...) empenhados em melhorar os serviços e compensar as suas falhas."

Para o sucesso das parcerias é primordial a recolha de informação sobre experiências semelhantes e a consulta ao pessoal e utilizadores sobre as suas sugestões e expectativas.

As maiores vantagens das PPPs consistem na capacidade de inovação e dinamismo comercial, dois aspectos que nos são trazidos pelo envolvimento do sector privado nas PPPs. A inovação, por parte da entidade privada, para tentar cativar novos clientes tem dupla vantagem para o sector público, pois não lhe gera custos e melhora os serviços prestados. Eis alguns exemplos de aspectos em que o sector privado poderá introduzir a mais valia da inovação:

- localização;
- design – funcionalidade das infra-estruturas;
- prestação do serviço;
- competitividade.

Mas, os benefícios da inovação introduzida pela participação do sector privado só são aproveitados com maior intensidade quando:

- o leque de serviços prestados pelo operador privado for mais alargado (exemplos: DBO e DBFO);
- o contrato permitir margem para a inovação;
- os riscos envolvidos forem claros;
- existirem incentivos que compensem a possível falta de concorrência;

Relativamente à opinião expressa no estudo e que diz respeito à transferência do risco, a "maioria dos inquiridos acredita ser adequada a transferência do risco em função dos incentivos a gerar para a gestão privada, na medida em que o objectivo da transferência não é o da desresponsabilização do Estado mas sim, da maximização do retorno dos impostos pagos pelos contribuintes (*value for money*)."

No que diz respeito à flexibilidade das parcerias analisadas no estudo em causa, parece ser uma das possíveis limitações, porque o *output* está claramente definido pelo

poder central, mas é necessário deixar alguma liberdade ao operador privado para que este com a sua inovação possa acrescentar valor ao *output*.

### **Outros benefícios**

As PPPs obrigam a uma maior disciplina do sector público, bem como a uma maior ênfase nos utilizadores. Mesmo nos sectores onde não sejam aplicadas PPPs, o efeito de comparador público com o que acontece no sector estatal já vai servir para disciplinar e para que o sector público passe a ter melhores desempenhos.



## **Capítulo III**

### **As PPP's no sector da saúde**





# **Capítulo III: As PPP's no sector da saúde**

## **3.1. Introdução**

"The development of PPPs in Europe has been sectorally concentrated (...) with the principal areas of activity being in the transport sector (road, rail, estuarial crossings) as well as education and health. These are the sectors in which the greatest degree of practical experience has been developed. Other sectors such as waste, environment, ports, energy and social housing are also undergoing extensive development, but have not yet the level of 'critical mass' in terms of numbers of projects that is necessary for a fully competitive market to emerge."

European Investment Bank (2004, p. 5)

## **3.2. Breve historial e caracterização do sistema de saúde Português**

Existem factores, perfeitamente identificados, que estão sempre presentes na origem das reformas, de avanços, de cortes com o passado em determinado sector ou sistema. Esses factores, que Jorge Abreu Simões (2004, p. 33) refere, mas que contextualiza no sector da saúde, são:

- Cultura;
- Nível de desenvolvimento;
- Capacidade financeira;
- Localização geográfica;

Filtrando a informação e referindo-nos apenas aos factores que têm influenciado as

reformas nos sistemas de saúde em diversos países, concluímos que as referidas reformas são influenciadas por forças de mudança, comuns a uma diversidade de países:

- "(...) passagem de uma população constituída por doentes pacientes para um universo de consumidores exigentes de serviços de saúde." <sup>142</sup>;
- "(...) nova plataforma de prestação de serviços de saúde através de soluções de Internet e de telemedicina." <sup>143</sup>;
- Passagem de uma prestação de serviços de saúde curativos para uma prestação de serviços de saúde preventivos;
- Envelhecimento da população determinado, pelo menos em parte, pelo aumento da esperança média de vida e pela redução da taxa de natalidade, o que aumenta o tempo em que as pessoas irão estar sujeitas a cuidados médicos – "(...) o universo pensionista tenderá gradualmente a aproximar-se da população activa e contribuinte." <sup>144</sup>;
- Incremento das despesas de saúde, 277,37 % no período de 1990 a 2002 (OCDE (2005b)), que também pode ser aferido através da relação entre o total das despesas com a saúde como percentagem do Produto Interno bruto a preços correntes que apresentava o valor de 2,6% em 1970 e de 9,6% em 2003 (OCDE (2005a)), com implicações ao nível da necessidade de redução das despesas de saúde comparticipadas pelo Estado como forma de minorar o desequilíbrio das contas públicas;

Numa breve referência ao sistema de saúde português pós vinte cinco de Abril, que ajudará na explicação dos motivos para a reforma, sublinha-se que o mesmo era caracterizado por uma figura central, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) que contribuiu durante cerca de duas décadas para ganhos e avanços significativos na abrangência da rede de cuidados de saúde, mas que alguns autores sugerem ser um modelo esgotado, devido a "arcaísmos organizacionais (...) falhas de eficácia e eficiência" <sup>145</sup> (Simões (2004, p. 35)).

---

<sup>142</sup> Simões (2004, p. 33).

<sup>143</sup> Simões (2004, p. 33).

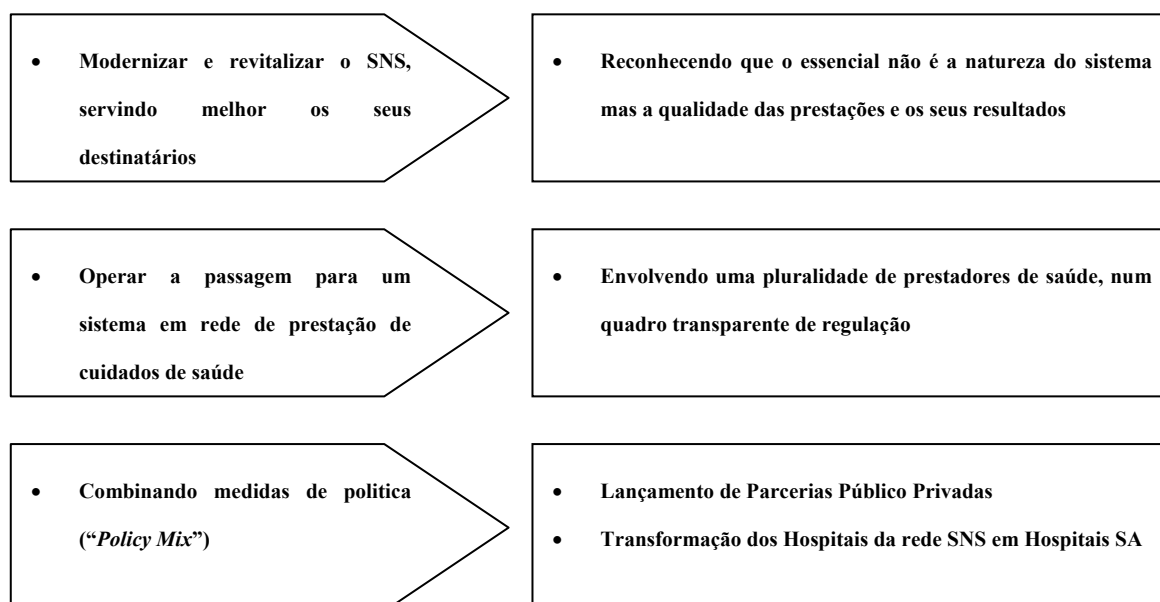
<sup>144</sup> Simões (2004, p. 33).

<sup>145</sup> Os últimos relatórios da OCDE demonstram que Portugal se aproximou dos restantes países da OCDE em termos de despesa pública no sector da saúde, mas subsistem ainda grandes lacunas.

Os argumentos anteriormente aduzidos, ajudam a justificar a necessidade de criação de bases para um novo sistema de saúde, ou como sugere Abreu Simões (2004, p. 35) um "(...) sistema público de saúde estruturado em rede, distinguindo as funções de financiador e de prestador no âmbito do SNS, envolvendo uma pluralidade de prestadores de cuidados de saúde de natureza pública, privada e social, operando num quadro nacional e transparente de regulação económica, técnica e profissional e de contratação pública".

Os fundamentos programáticos para o desenvolvimento do novo sistema de saúde poderão ser formulados como<sup>146</sup> ilustra a figura seguinte:

Figura 3.1.1. - **Objectivo programático para a reforma estrutural do SNS**

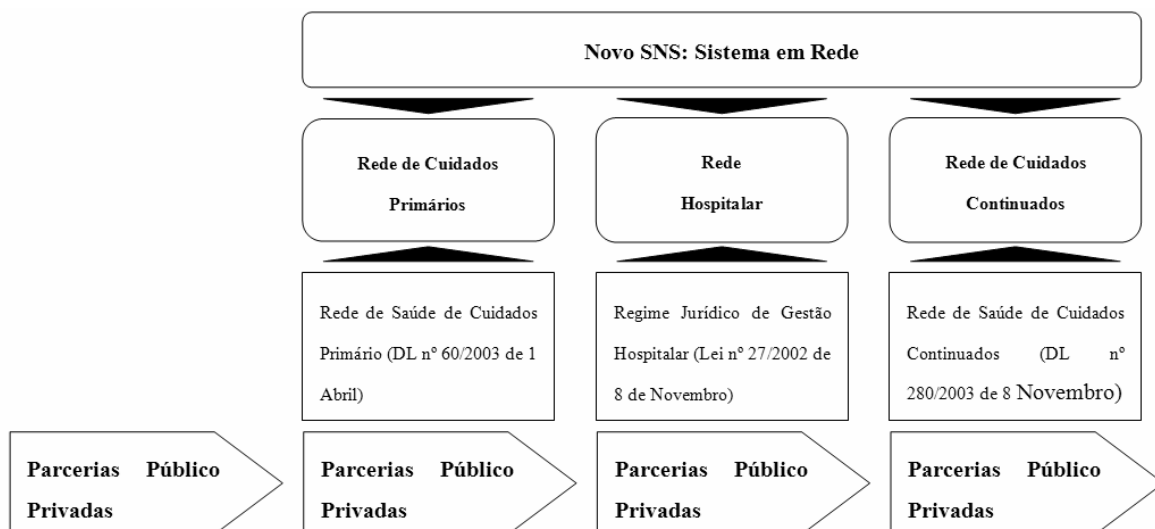


Fonte: Simões (2004a).

O novo SNS, ainda em criação/desenvolvimento, evidencia uma estrutura que se suporta num sistema de prestações em rede, prevendo a criação de uma rede nacional e integrada de prestação de cuidados de saúde, na tripla vertente de cuidados primários, cuidados hospitalares básicos e especializados, e cuidados continuados.

<sup>146</sup> Um processo de reformas ambicioso que começou a ser implementado no sector da saúde, em 2002, com dois objectivos primordiais: fornecer serviços de melhor qualidade sem aumentar o custo e reduzir a taxa de crescimento com as despesas na saúde.

Figura 3.1.2. - Sistema de prestação de cuidados de saúde em rede



Fonte: Jorge Abreu Simões (2004a)

A arquitectura/estrutura do novo SNS será assim constituída por:

- Estabelecimentos do SNS;
- Estabelecimentos privados que prestem cuidados aos utentes do SNS;
- Outros serviços de saúde ao abrigo dos contratos legalmente previstos;

Relativamente ao seu financiamento, até ao presente, o SNS tem sido financiado pelo Orçamento de Estado, com base no pagamento de actos e actividades efectivamente realizados segundo uma tabela de preços relacionada com os actos, técnicas e serviços de saúde.

Após a definição da estrutura do novo SNS, em fase de desenvolvimento, o Governo parece evidenciar alguma preferência pela utilização de parcerias público privadas, convocando a experiência e a capacidade de financiamento e gestão do sector privado no domínio da saúde, tentando por esta via melhorar a eficiência e desempenho do SNS, visando obter “ganhos de saúde acrescidos, duradouros e sustentáveis.”<sup>147</sup>

As políticas públicas na área da saúde têm igualmente procurado modernizar os modelos de gestão das entidades que integram o SNS. Nomeadamente, desencadearam um movimento de “empresarialização” da gestão hospitalar que começou em Novembro de

<sup>147</sup> Simões (2004, p. 34).

2002 (Guichard (2004, p. 24)) e recentemente, no curto espaço de seis meses, viu trinta e quatro (cerca de 1/3 das unidades do SNS) hospitais públicos serem transformados em Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos onde o Estado tem agora um duplo papel: o de efectuar o enquadramento do serviço público de saúde e o de regular a participação dos operadores públicos, privados e sociais (Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro).

O sistema de prestação de serviços de saúde em Portugal, em vigor até 2002<sup>148</sup>, só foi implantado na segunda metade da década de setenta como resposta a uma baixa cobertura do sistema de saúde<sup>149</sup>.

A criação do SNS traduziu-se num melhoramento significativo da assistência de saúde à população, o que determinou uma aproximação dos seus indicadores aos dos países da OCDE. Apesar do desenvolvimento do sistema, emergiram vários problemas os quais criaram uma inevitável necessidade de introdução de reajustamentos. Num estudo realizado pela OCDE em 1998 – “*OECD Economic survey of Portugal*” – identificam-se e caracterizam-se um conjunto de problemas que afectavam o sistema de saúde à data, entre eles: significativos problemas de ineficiência e deficiente distribuição dos recursos.

Este diagnóstico, aparentemente consensual, mesmo a nível nacional, determinou a aplicação pela Administração Central do Estado de políticas de reforma, quase sempre sem continuidade, embora enunciando objectivos similares: melhorar a qualidade dos serviços de saúde e limitar as suas despesas, a médio prazo.

O sistema de saúde implementado em Portugal foi criado na década de 1970 (Decreto-Lei 56/79, de 15 de Setembro) e designado como um sistema público integrado, semelhante aos existentes em países nórdicos, na Austrália, na Itália, na Grécia e antes das reformas de 1990, na Nova Zelândia e no Reino Unido<sup>150</sup>.

O sistema é organizado pelo SNS que funciona como um departamento da Administração Central do Estado. Os profissionais do SNS são funcionários públicos,

---

<sup>148</sup> E ainda em vigor actualmente, em algumas das suas vertentes.

<sup>149</sup> Em 1970 só 40% da população estava abrangida pelos serviços de saúde – a taxa mais baixa dos países da Europa, e a taxa de mortalidade infantil acusava cerca de cinquenta por mil, ou seja, duas vezes superior à média europeia (Guichard, (2004, p. 4)).

<sup>150</sup> Outros modelos existentes são: modelo de contratos públicos, onde os utentes podem estabelecer contratos com entidades públicas e/ou privadas de prestação de serviços de saúde; este tipo de modelo é utilizado pelos restantes países europeus, Japão e desde as reformas, pelo Reino Unido e Nova Zelândia; e modelo *private insurance/provider model* que consiste na combinação de fornecedores de serviços de saúde privados (maioritariamente com fins lucrativos) com seguros privados, modelo aplicado na Suíça e nos Estados Unidos da América.

remunerados através de um salário sendo-lhes permitido trabalhar e auferir honorários, em simultâneo, no sector privado.

Uma das principais vantagens anunciadas para este modelo público integrado é o seu carácter universal que lhe confere o potencial de assegurar uma cobertura assistencial de cuidados de saúde a toda a população. Contudo, trata-se de um sistema que introduz poucos incentivos para melhorar a eficiência, a qualidade e o nível de responsabilização pelas necessidades e expectativas dos utilizadores (Guichard (2004)). Desde meados da década de 1990 que têm sido introduzidas, gradualmente, reformas e o sistema tem-se aproximado de um modelo de contrato público.

A organização do serviço nacional de saúde, conforme o Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, foi dividida em três sectores: centros de saúde de cuidados primários; hospitais; e unidades de tratamento de longo prazo.

Em 1993 o SNS descentralizou a sua actividade e organizou-se em cinco centros regionais de saúde (Lisboa e vale do Tejo, Norte, Centro, Algarve e Alentejo), com gestão e administração autónomas (OCDE (1998))<sup>151</sup> (Decreto-Lei n.º 11/93, anexo – artigo 4º).

Para além do SNS, existem ainda um conjunto de subsistemas de saúde. As pessoas que beneficiam destes subsistemas, usualmente também têm acesso ao SNS. De facto, cerca de um quarto da população beneficia de dupla ou tripla cobertura de serviços de saúde, devido a estes subsistemas, conduzindo a um desperdício de recursos.

Nas duas últimas décadas as despesas de saúde tiveram um incremento muito rápido como percentagem no Orçamento Geral do Estado (incremento de 7,3% em 1993 para 9,6% em 2003) diminuindo de forma expressiva o diferencial existente em relação à média dos países da OCDE (OCDE (2005)).<sup>152</sup>

Em Portugal, o financiamento das despesas de saúde combina recursos públicos e privados,<sup>153</sup> com os recursos públicos a assegurarem em 2003 uma cobertura de 69,7% do

---

<sup>151</sup> Os centros regionais de saúde são responsáveis por monitorizar o status de saúde da população, supervisionar os prestadores de serviços de saúde subdivididos nos três sectores e efectuar a distribuição dos recursos financeiros pelos fornecedores de serviços.

<sup>152</sup> Em particular as despesas públicas em hospitais e em produtos farmacêuticos aumentou bem mais rápido do que noutros países da OCDE. Esta tendência seguiu a elevação dos níveis de vida.

<sup>153</sup> A fatia do financiamento privado advém dos pagamentos que os utentes têm que fazer, essencialmente em produtos farmacêuticos e terapêuticos e que representa cerca de um terço do total das despesas com saúde. Estima-se que os pagamentos que os utentes têm que comparticipar atinjam uma média de 25 a 35%, bastante superior à média dos países da OCDE de 18,7%. A comparticipação dos utentes em produtos farmacêuticos e terapêuticos é superior a 50 %. A comparticipação que o SNS efectua em medicamentos varia, geralmente, entre 40 e 100%, dependendo do valor terapêutico do medicamento.

total das despesas com saúde (OCDE (2005)), cerca de dois terços as despesas totais com saúde (Stéphanie Guichard (2004)).<sup>154</sup>

Na elaboração do Orçamento Geral do Estado, é estabelecido um limite máximo para gastos em saúde, com base, usualmente em dados históricos, sendo que esse tecto regra geral não é cumprido pelo que as revisões orçamentais se tornam inevitáveis.<sup>155</sup>

### **Desempenho do Sistema utilizado em Portugal até 2002**

O desempenho do sistema de saúde em Portugal pode ser avaliado em relação a dois aspectos:

- Equilíbrio no financiamento e na acessibilidade;
- Eficiência na utilização dos recursos (gastar a fatia adequada de recursos financeiros do Orçamento Geral do Estado no sistema de saúde e maximizar a eficiência, qualidade e a responsabilização do sistema.

### **Algumas lacunas que poderão ser identificadas no acesso aos serviços de saúde**

O sistema de saúde português foi criado sobre a égide do princípio da cobertura universal dos serviços, mas existem algumas deficiências / debilidades / fragilidades:

- Os serviços de saúde não se encontram uniformemente distribuídos em termos espaciais, tendo como exemplos, os equipamentos hospitalares<sup>156</sup> e os recursos humanos<sup>157</sup> - desigualdades na distribuição espacial tem implicações sobre a universalidade na utilização dos serviços prestados pelo sistema;
- As denominadas listas de espera,<sup>158</sup> manifestações de menor eficiência do sistema podem em grande medida ser justificadas por lacunas em certas categorias de

---

<sup>154</sup> Noventa por cento do orçamento do SNS é financiado por transferências do Governo Central. Os restantes dez por cento provêm das receitas próprias do SNS, como taxas cobradas pelos serviços nos hospitais.

<sup>155</sup> De 1993 a 2002 as despesas de saúde excederam sempre o orçamento inicial numa média de cerca de 7,5% (com os maiores desvios a ocorrerem em 1999 e 2002, com 10,8% e 19,6%, respectivamente).

<sup>156</sup> Os equipamentos de alta tecnologia para a saúde estão essencialmente concentrados nas grandes zonas urbanas, Lisboa, Porto e Coimbra, deixando o resto do país desprovido de, por exemplo, alta tecnologia, novas tecnologias usadas no tratamento do cancro;

<sup>157</sup> Os recursos humanos também se encontram concentrados na zona costeira, porque não existem incentivos para a sua fixação no interior do país, deixando o interior do país desprovido de profissionais da área (médicos e enfermeiros), lacuna que tem sido resolvida com o acesso a médicos e enfermeiros espanhóis e brasileiros.

<sup>158</sup> As listas de espera para o acesso ao serviço público de saúde, aumentaram em larga escala na última década, acima de níveis aceitáveis, estimava-se que a lista de espera para uma cirurgia em 2002 no SNS era de cento e vinte e três mil pessoas, o que daria uma média de seis anos de espera. Porém as listas de espera não se formam apenas para as cirurgias, mas também para a ida ao médico de família ou a um especialista.

profissionais de saúde, combinadas com outros factores que reduzem a produtividade;

- O financiamento do sistema de saúde em Portugal é conceptualmente regressivo,<sup>159</sup> reflectindo uma preocupação social de redistribuição do rendimento. Contudo os grupos sociais mais carenciados e vulneráveis não estarão convenientemente protegidos;<sup>160</sup>

Os sistemas de saúde públicos integrados enfrentam, tipicamente, problemas de ineficiência e baixa responsabilização quanto à satisfação das necessidades dos utilizadores. Em particular, a falta de autonomia na sua gestão e administração poderão acentuar ineficiências e introduzir desadequados incentivos para a promoção da produtividade e da qualidade.

Existem países que, com um nível similar de recursos financeiros, conseguem alcançar resultados superiores no que concerne à prestação de serviços de saúde; e existem também outros países, como por exemplo, a Espanha e a Itália, que atingem melhores resultados com um nível de recursos inferior. Isto sugere que Portugal poderá vir a atingir resultados superiores com os mesmos recursos, se conseguir prestar melhores serviços com maior eficiência.

Num contexto em que, devido à elevada carga fiscal, seja necessário do ponto de vista da política económica vir a reduzi-la minimizando as implicações adversas sobre a consolidação orçamental, a obtenção de ganhos de eficiência no SNS pode ser um factor relevante.<sup>161</sup>

Apesar dos problemas de eficiência típicos de países com sistemas de saúde públicos integrados, outros circunstancialismos existem que poderão amplificar esses problemas:

- A ausência da indexação da remuneração dos profissionais de saúde ao

---

<sup>159</sup> A grande factura dos utentes (em comparação com outros países com um sistema público integrado – Países Nórdicos ou Itália) na saúde, diz respeito ao co-financiamento (co-pagamento) que estes têm que efectuar especial nas despesas com produtos farmacêuticos. A percentagem que é assegurada pelos privados nas despesas com produtos farmacêuticos e que pode ser deduzida no IRS, tende a beneficiar os utentes com maiores rendimentos.

<sup>160</sup> Muitos países da OCDE excluíram os grupos mais pobres e vulneráveis de efectuarem as comparticipações nos programas públicos. Em Portugal, os pensionistas mais pobres beneficiam de maiores comparticipações em medicamentos e os doentes crónicos estão excluídos de comparticiparem nos pagamentos de medicamentos específicos para as suas doenças. Para além destas excepções, não existem mais nenhuns programas que atenuem o efeito regressivo de altas comparticipações por grupos de pessoas com baixos rendimentos.

<sup>161</sup> Existem estudos e opiniões de especialistas que concluem que os ganhos de produtividade nos hospitais podem chegar a taxas de 10 a 20%.



desempenho do sistema;

- As deficiências na integração dos diferentes subsectores de prestação de serviços do SNS, isto é, centros de saúde, hospitais, serviços de emergência, cuidados de longo período;<sup>162</sup>
- Uma menor atenção para os cuidados preventivos;<sup>163</sup>
- A existência de incentivos para uma grande procura, dados os reduzidos custos marginais a pagar pelo serviço.<sup>164</sup>

### **As reformas que não chegaram ao fim**

Apesar de a necessidade de introdução de melhorias no sistema de saúde serem reconhecidas por diversas entidades, as várias reformas que foram sendo implementadas, nomeadamente entre os anos de 1998 e 2002, nunca sobreviveram (inalteradas) a mais que uma legislatura. Ilustrando, em 1998 foi aprovado um regulamento que criava equipas de gestão para os centros de saúde (centros de saúde de terceira geração) com grande autonomia financeira e administrativa. Contudo esta experiência não passou de uma experiência piloto. Em 1998 foi igualmente lançado um novo modelo de remuneração que incluía um reajustamento salarial bem como um sistema de bónus para a realização de tarefas específicas de saúde, mas a sua aplicação circunscreveu-se a uma grupo de quinhentos médicos de clínica geral.

Em 2002 foi concretizado o lançamento de uma reforma, que se pretendia profunda, do sistema de saúde. Em contraste com as anteriores experiências reformistas, esta reforma terá tentado criar como que um *big bang* procurando implantar reformas com um cunho de acentuada irreversibilidade. Uma nova regulamentação foi aprovada, separando as funções de regulação, financiamento e prestação dos serviços de saúde. Foram também estabelecidos novos modelos de financiamento, introduzidas medidas de política visando alcançar melhorias na gestão dos recursos, de incentivos para a obtenção de ganhos de produtividade e qualidade e para a participação do sector privado. A tendência para a

---

<sup>162</sup> Esta falta de relacionamento abrange tanto os serviços médicos como os administrativos, levando muitas vezes à duplicação de actos, por exemplo, muitas vezes, com a entrada num hospital, os exames efectuados em centros de saúde, são novamente repetidos.

<sup>163</sup> A eficiência do sistema de saúde pode sair melhorada com uma dedicação de maior atenção à divulgação de informação e à prevenção. Por exemplo, a detecção mais tardia de situações de cancro, explicam o facto de Portugal ter uma taxa mais baixa que a média Europeia, em termos de sobrevivência de pacientes afectados pela doença por cinco anos. Esta situação justifica uma informação mais activa e mais campanhas de rastreio.

<sup>164</sup> Os subsistemas de saúde e a dedutibilidade das despesas de saúde no IRS também contribuem para o problema.

passagem para um modelo de contratação pública foi desta forma acelerada. Contudo, a realidade factual veio, mais uma vez, demonstrar a dificuldade da concretização de acções de reforma do sistema de saúde numa lógica de médio / longo prazo.

## **Problemas dos subsectores da saúde e potenciais soluções**

### **Cuidados primários**

Os cuidados primários têm uma importância decisiva para uma melhor prestação de serviços, uma vez que são o primeiro ponto de contacto com a população. Logo, a sua organização e funcionamento são pontos críticos para a eficiência global do sistema de saúde. Em Portugal os cuidados primários são prestados por centros de saúde (criados em 1979, pelo “despacho Arnault”). As pessoas são livres para escolherem um médico de família num centro de saúde dentro da sua área de residência. O médico de família tem o papel de guardião da entrada no sistema nacional de saúde, ou seja, é ele, quando necessário, que encaminha os pacientes para os hospitais públicos ou para especialistas privados que prestam serviços para o SNS. Estes centros de saúde estão inseridos nos Centros Regionais de Saúde (CRS) e não têm qualquer autonomia de gestão e/ou financeira.

Vários problemas foram identificados nos centros responsáveis pelos cuidados primários e que a “reforma de 2004”<sup>165</sup> terá procurado resolver:

- O eventual desfavorecimento centros de saúde na distribuição global de recursos do sector da saúde;<sup>166</sup>
- O possível subaproveitamento dos recursos atribuídos aos centros de saúde;<sup>167</sup>
- A ineficiência na prestação de serviços de cuidados primários de saúde;<sup>168</sup>
- Alguma ineficácia no desempenho do médico de família determinado, pelo menos

---

<sup>165</sup> Trata-se, no essencial, da continuidade da denominada reforma de 2002.

<sup>166</sup> Com os hospitais e os profissionais de saúde a levarem a maior parcela do orçamento adstrito à saúde, os centros de saúde ficam muitas vezes sub-equipados, em instalações precárias, com falta de pessoal altamente qualificado, e esta situação ainda se agrava mais nas regiões mais pobres do interior.

<sup>167</sup> A falta de autonomia de gestão e financeira, combinada com as regras burocráticas dos centros, levam a uma ineficiência no serviço, por exemplo, impossibilidade que existia de marcar consultas pelo telefone. As lacunas organizacionais são reforçadas com a falta de determinado tipo de profissionais, como profissionais administrativos.

<sup>168</sup> Um número substancial de portugueses (cerca de um milhão, 10% da população), estão à espera de lhes ser atribuído um médico de família. Enquanto que o número de especialistas por mil habitantes é superior à média da OCDE, o número de médicos de clínica geral é inferior à média da OCDE, além disso, esses médicos têm ainda que dispensar uma fatia de tempo considerável em trabalhos administrativos.

em parte, por uma deficiente articulação com os serviços hospitalares, como por exemplo o desconhecimento quanto à existência de lista de espera em determinados serviços.<sup>169</sup>

A nova regulamentação veio criar um novo quadro onde se inclui:<sup>170</sup>

- A introdução de novos acordos de financiamento para os centros de saúde, baseados numa dotação per capita com base em 2004;<sup>171</sup>
- A criação de indicadores de desempenho a publicar regularmente;
- Alterações na administração dos centros;<sup>172</sup>
- A instituição de contratos individuais de trabalho e a possibilidade de introduzir nas remunerações dos profissionais, componentes associadas ao desempenho e ao número de utentes que lhe estão adstritos;
- A possibilidade dos centros de saúde poderem ser administrados por entidades privadas com ou sem fins lucrativos;
- A melhoria interacção entre os subsectores do SNS, ou seja, entre os centros de saúde e os hospitais de modo a minimizar redundâncias.

## Hospitais

O sector hospitalar absorve cerca de metade do orçamento previsto para a saúde. A maior parte dos países da OCDE introduziram iniciativas para melhorar a eficiência e produtividade do sector hospitalar. Em Portugal algumas dessas experiências foram:

- Gestão privada de um hospital público realizada no hospital Fernando Fonseca

---

<sup>169</sup> Devido a estas situações de descoordenação, muitas pessoas vão directamente às urgências dos hospitais para serem atendidas mais rapidamente. É estimado que cerca de um quarto da população que vai às unidades de urgência, não necessita de cuidados imediatos.

<sup>170</sup> Quinze iniciativas já foram colocadas em prática, em experiências piloto:

- Possibilidade de marcar consulta pelo telefone;
- Referência automática de pacientes para consultas em hospitais;
- Melhorias na recepção dos pacientes;
- Remoção sistemática de pacientes que mudaram (faleceram) de médico de família, para que assim lhe possam ser atribuídos novos utentes;
- Distribuição a todos os utentes dos cartões de identificação pessoal;
- Trocas de informação de Know-how e de experiências entre centros;
- Possibilidade de renovação de prescrições médicas para diminuir a lista de espera por consultas e as idas ao médico.

<sup>171</sup> O cálculo da capitação será baseado: na dimensão da população adstrita a cada centro; na estrutura demográfica da população; no grau de dependência dos utentes (número de mulheres grávidas e de pacientes com incapacidades) e; na acessibilidade geográfica ao hospital mais próximo.

<sup>172</sup> O conselho de três membros será substituído por um único "gestor", de preferência médico, que será designado por três anos pelo Ministério da Saúde, sob proposta do centro regional de saúde.

Amadora Sintra em 1996. Esta experiência aproxima-se bastante de uma PPP, uma vez que transfere o risco de negócio para o sector privado.

No entanto, várias debilidades foram enunciadas relativamente à gestão hospitalar em Portugal:

- Inexistência de um adequado controlo orçamental dos hospitais públicos;
- Ausência de sistemas eficazes de gestão da qualidade;<sup>173</sup>
- Problemas relacionados com a gestão dos recursos humanos,<sup>174</sup>
- Crescimento progressivo e sistemático das listas de espera para cirurgias não urgentes no SNS;
- Problemas na utilização das urgências dos hospitais.<sup>175</sup>

## **A Reforma de 2002**

Em 2002 foi lançada uma reforma do sector hospitalar, introduzindo novas formas de gestão, no sentido de tentar melhorar a eficiência e a qualidade na prestação dos cuidados de saúde (Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro). A estratégia consistiria na transformação de hospitais médios (em termos da respectiva dotação financeira) em empresas públicas, continuando os hospitais de maiores e menores dimensões sob a gestão directa da Administração Central do Estado, desejavelmente modernizada e podendo vir a recorrer a PPPs para a construção e exploração de novas estruturas.<sup>176</sup>

Após a Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro passaram a coexistir quatro formas legais estatutárias para hospitais:

- Hospitais Empresa (publica) – Hospitais SA<sup>177</sup>;

---

<sup>173</sup> Não existia nenhum código de conduta e, por conseguinte não existia nenhuma base para avaliar a performance dos gestores e da instituição. Ao mesmo tempo os gestores não tinham qualquer incentivo para promover a melhoria da eficiência e tinham uma autonomia de gestão limitada, especialmente no que concerne à política dos recursos humanos.

<sup>174</sup> A inflação dos custos correntes em contramedida com os constrangimentos orçamentais, contribuíram para o desinvestimento em equipamento importante e também relacionado com novos recrutamentos para áreas hospitalares onde existe a falta de pessoal. Isto reflecte-se nas comparações com a média europeia, em que o número de camas por médico é já desde há muitos anos inferior à média da OCDE e o número de enfermeiros é cerca de metade da média da OCDE, o que também afecta a eficiência e qualidade dos cuidados médicos.

<sup>175</sup> Muitas vezes as pessoas dirigem-se às urgências dos hospitais (o que provoca um congestionamento) para conseguirem ter um acesso mais rápido a um especialista.

<sup>176</sup> Barros (1998) referiu num estudo que o aumento da produção em novos ou redimensionados hospitais:

- origina um crescimento mais que proporcional do seu custo (do crescimento);
- o aumento das despesas não é compensado pelos ganhos de produtividade, o que nos permite observar um fenómeno de deseconomias de escala.

<sup>177</sup> Empresas públicas, com o Estado como accionista exclusivo (sob a lei de empresas). Estes hospitais foram criados através da transformação de trinta e quatro hospitais públicos, de médio tamanho, com uma dívida abaixo dos 35% do

- Hospitais públicos – Hospitais SPA<sup>178</sup>;
- Hospitais em regime de parceria público privada (PPP);
- Empresas privadas (hospitais) contratados pelo Estado.

### **Cuidados Continuados**

Existem dúvidas quanto ao nível de eficiência na prestação dos cuidados continuados<sup>179</sup> em Portugal. De acordo com a OCDE<sup>180</sup> o desenvolvimento destes serviços em Portugal estará, em larga medida, relacionado com o papel que as famílias, têm na prestação dos cuidados de saúde continuados. Não obstante a mutação que ao longo do tempo se terá produzido na atitude das famílias perante estes cuidados, a carência de condições físicas mínimas para a sua prestação, poderá ter levado os seus beneficiários a recorrer à assistência hospitalar, aumentando a procura dos serviços daquelas unidades.

Com a aprovação em 2000 da norma ISO 9001:2000 ficaram definidos padrões de qualidade para entidades que prestavam cuidados continuados a idosos, juntamente com um plano nacional de acreditação de todas as instituições especiais de prestação de cuidados continuados.

Uma vez que uma parte relevante da legislação aprovada em Portugal sobre esta matéria nos últimos anos apresenta um nível de congruência assinalável com as recomendações da OCDE, poder-se-á interpretar tal facto como um indicador de que reforma estaria a seguir um rumo adequado.<sup>181</sup>

Torna-se contudo indispensável assegurar a convergência de vários elementos para que a reforma iniciada possa vir a ser realizada com pleno sucesso, entre eles realçam-se:

- Tornar públicos os resultados das reformas;
- Melhorar a transparência no processo da reforma e do seu progresso;
- Melhorar de forma significativa as capacidades de planeamento e de

---

total das despesas e que já haviam anteriormente mostrado bons resultados em termos de gestão.

<sup>178</sup> São instituições públicas, com autonomia financeira e administrativa, mas sob gestão pública, ou seja, sob a lei que regula o sector público administrativo. Ainda existem cinquenta e um hospitais públicos. A modernização da gestão dos Hospitais SPA é essencial para evitar a criação de um sistema com duas velocidades. Esta modernização começou em Agosto de 2003, com a adopção de novas regulamentações que tentam replicar o mais possível a experiência dos Hospitais SA, nos Hospitais SPA. Novas equipas de gestão foram nomeadas no final de 2003.

<sup>179</sup> Os cuidados continuados dizem respeito essencialmente às pessoas mais idosas, mas também às pessoas vítimas de acidentes, que sofrem de doenças crónicas ou degenerativas ou outras doenças físicas ou psicológicas.

<sup>180</sup> Veja-se Guichard (2004).

<sup>181</sup> As contas de 2004 dos Hospitais S.A. revelam uma diminuição do deficit de exploração (os custos aumentam mais que os proveitos, mas a um ritmo menor), e a estrutura de capital manteve-se igual.

programação;

- Melhorar a gestão das administrações regionais de saúde;
- Promover activamente a integração da rede de prestadores de serviços de saúde visando aumentar a eficiência e reduzir a redundância;
- Criar sistemas de demonstração de soluções já implementadas com sucesso para que possam constituir *benchmark* para futuras utilizações;
- Adoptar medidas de controlo efectivo das despesas em produtos farmacêuticos;<sup>182</sup>
- Desenvolver sistemas de prevenção e de detecção precoce;
- Desencorajar a procura inefficiente dos cuidados médicos;<sup>183</sup>
- Reforço da componente da qualidade nas análises comparativas inter e intra instituições de saúde;
- Gestão dos recursos humanos do sistema.<sup>184</sup>

### 3.3. Modelos base de aplicação de PPPs

O quadro legal que regula as PPPs em Portugal tem um razoável grau de flexibilidade (“geometria variável”), como pode ser comprovado pelo nº4 do artigo 2º do Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de 2003<sup>185</sup>, ou seja, os contratos de gestão podem

---

<sup>182</sup> Monitorizar de forma mais atenta, as despesas com produtos farmacêuticos pelos hospitais e tomar medidas para controlar a sua tendência de subida; melhorar a supervisão das linhas mestras de prescrições, de modo a evitar a sobre prescrição; marcar os preços de referência com base no preço do genérico mais barato e não do mais caro, medida que também pode ser benéfica para aumentar a concorrência no mercado dos genéricos; dar passos no sentido de desregulamentar o sector das farmácias e a profissão do farmacêutico, em linha com uma recente directiva da EU de modo a retirar o tapete vermelho, para aumentar a competitividade.

<sup>183</sup> Aumentar a escala de co-pagamentos privados (com salvaguardas para promover equidade do acesso) e racionalizar o reembolso de serviços de saúde para evitar uma duplicação desnecessária de cuidados e do recurso a uma segunda ou terceira opinião.

<sup>184</sup> Considerar novos esquemas de educação / qualificação para enfermeiros; Definir e introduzir um bom sistema de incentivos para colocar da melhor forma os recursos humanos por regiões e por especialidade.

<sup>185</sup> “4 - Constituem, entre outros, instrumentos de regulação jurídica das relações de colaboração entre entes públicos e privados:

- a) O contrato de concessão de obras públicas;
  - b) O contrato de concessão de serviço público;
  - c) O contrato de fornecimento contínuo;
  - d) O contrato de prestação de serviços;
  - e) O contrato de gestão;
  - f) O contrato de colaboração, quando estiver em causa a utilização de um estabelecimento ou uma infra-estrutura já existentes, pertencentes a outras entidades, que não o parceiro público.
- 5 - Excluem-se do âmbito de aplicação do presente diploma:
- a) As empreitadas de obras públicas;
  - b) Os arrendamentos;
  - c) Os contratos públicos de aprovisionamento;

observar várias formas:

- Concepção, construção, financiamento e manutenção de uma nova infra-estrutura de saúde<sup>186</sup>;
- Concepção, construção, financiamento e manutenção de uma nova infra-estrutura de saúde, bem como a gestão e exploração dessa unidade de saúde, incluindo a prestação de serviços clínicos<sup>187</sup>;
- Concepção, construção, financiamento e manutenção dos elementos infraestruturais, numa intervenção de renovação e reabilitação de uma unidade de saúde já existente<sup>188</sup>;
- Gestão de uma unidade ou conjunto de unidades de saúde existentes, integradas no SNS, incluindo a prestação dos respectivos serviços de saúde<sup>189</sup>;
- Combinação da gestão de uma ou mais unidades existentes com a concepção, construção, financiamento e manutenção de uma ou mais novas infra-estruturas de saúde, incluindo a respectiva gestão e prestação de serviços clínicos<sup>190</sup>;
- Projectos que têm por base a "gestão e financiamento de elementos ou partes funcionalmente autónomas de unidades de saúde, ou ainda, serviços de apoio directo e indirecto à prestação de cuidados de saúde" (Simões (2004, p. 62)).

Em termos internacionais, como é referido e constatado pelos autores Armando Costa Manso (2005) e Jorge Abreu Simões (2004), os modelos de PPPs podem tomar as seguintes formas e designações:

- BOO (*Built, Own and Operate*) – O operador privado constrói a infra-estrutura, detém a respectiva propriedade e opera a infra-estrutura objecto do contrato;
- BOOT (*Built, Own, Operate and Transfer*) - O operador privado constrói a infra-estrutura, detém a respectiva propriedade, opera o hospital, por exemplo, e no final

---

d) Todas as parcerias público-privadas que envolvam um encargo acumulado actualizado inferior a 10 milhões de euros ou um investimento inferior a 25 milhões de euros, excluindo-se destes montantes os provenientes de fundos comunitários;

e) Todos os outros contratos de fornecimento de bens ou de prestação de serviços, com prazo de duração igual ou inferior a três anos, que não envolvam a assunção automática de obrigações para o parceiro público no termo ou para além do termo do contrato", Artigo 2º do Decreto-Lei nº 86/2003 de 26 de Abril de 2003).

<sup>186</sup> De uma nova unidade hospitalar ou de substituição de um centro de saúde ou de uma unidade de cuidados continuados.

<sup>187</sup> De uma nova unidade hospitalar ou de substituição de um centro de saúde ou de uma unidade de cuidados continuados.

<sup>188</sup> Por exemplo, de uma unidade hospitalar degradada carecida de renovação e modernização.

<sup>189</sup> Por exemplo: de uma unidade hospitalar; ou de um conjunto de centros de saúde de uma determinada área; ou de um conjunto de unidades de cuidados descontinuados da rede criada numa dada área.

<sup>190</sup> Por exemplo: um *cluster* de centros de saúde novos e existentes numa dada área; um *cluster* de unidades de cuidados continuados novos e existentes numa dada área; um centro hospitalar com um *cluster* de centros de saúde novos e existentes da sua área de atracção/influência.

do período contratual devolve a propriedade do hospital ao ente público contratante;

- BOL (*Built, Operate, Lease Back*) – O operador privado constrói a infra-estrutura e mantém a propriedade; o ente público por sua vez arrenda (*lease back*) a unidade ao operador privado e opera o hospital;

- Gestão privada de hospitais públicos – a unidade hospitalar pública é gerida por um operador privado;

- BOSO (*Built, Own, Separately Operated*) – um operador privado constrói a infra-estrutura e mantém a sua propriedade; um segundo operador privado opera a unidade hospitalar;

Armando Costa Manso (2005), para além dos modelos contratuais de PPPs já referidos, acrescenta os seguintes:

- DC (*Design and Construct*) - O operador privado concebe a infra-estrutura em termos de *Design* e depois realiza a construção da mesma;

- OM (*Operate and Maintain*) – O operador privado opera a infra-estrutura e procede à sua manutenção;

- DBO (*Design, Build and Operate*) – O operador privado concebe a infra-estrutura em termos de *Design*, depois realiza a construção e finalmente procede à operacionalização da mesma;

- DBM (*Design, Build and Maintain*) - O operador privado concebe a infra-estrutura em termos de *Design*, depois realiza a construção e finalmente realiza a manutenção da mesma;

- DBFO<sup>191</sup> (*Design, Build, Finance and Operate*) - O operador privado concebe a infra-estrutura em termos de *Design*, depois realiza a construção, financia-a, procede à operacionalização e manutenção da mesma + propriedade do Estado ou propriedade privada e transferência da propriedade para o Estado no final do contrato) – é o modelo contratual subjacente à primeira vaga de PPPs lançada para

---

<sup>191</sup> Características gerais do modelo DBFO:

- Contrato de Longo Termo (dez a trinta anos);
- Organização de parcerias com várias empresas com diferentes campos de actividade (Construção, Financiamento, Conservação de Curto e Longo prazo, Gestão do negócio);
- Transferência de risco para os agentes privados;
- Financiamento Privado;
- Mecanismos de pagamento acordados;
- Flexibilidade nos contratos para permitir possíveis modificações;



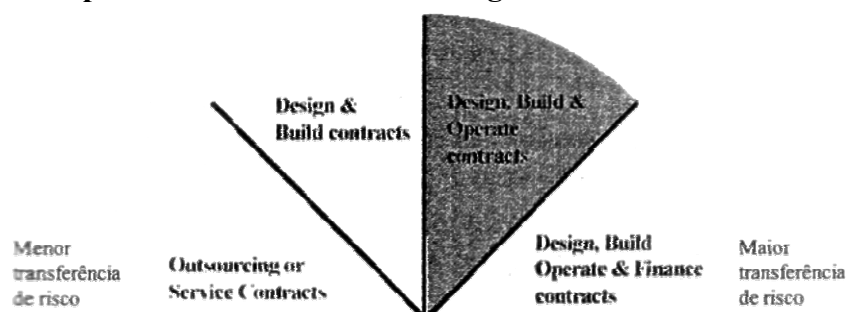
os hospitais portugueses;

João Pontes Amaro (2004, p. 105) acrescenta que existem dois tipos de formalização de PPPs:

- a) Sob a forma de contratos; e,
- b) Sob a forma de *joint ventures*.

Existem quatro grandes grupos de PPPs efectuados sob a forma de contratos que diferem de acordo com o grau de transferência do risco.

Figura 3.3.1. – Tipos de PPPs de acordo com o grau de transferência do risco



Fonte: PwC

Fonte: *Pricewaterhousecoopers* (2001) citada por João Pontes Amaro (2004, p. 105).

#### 1. *Outsourcing or Service Contracts*

- Contratos sob os quais o sector privado fornece ao sector público um ou mais serviços. Existe uma externalização de alguns serviços, como por exemplo: serviços de limpeza, segurança, *catering*, contabilidade e tecnologias de informação. Os primeiros três exemplos são recorrentemente externalizados (devido à sua maior simplicidade e facilidade de controlo) os últimos dois também já começam a ser externalizados com maior regularidade<sup>192</sup>;

#### 2. *Design & Build Contracts (DB)*<sup>193</sup>

<sup>192</sup> Este tipo de contrato não implica a transferência de propriedade de nenhum activo, sendo a transferência de riscos bastante limitada (riscos operacionais). A finalidade deste tipo de contratos é a redução de custos associada às maiores economias de escala e *know-how* que os privados podem ter, pelo facto de se dedicarem apenas àquele tipo de produção ou prestação de serviços. Devido a este facto, existe quem não considere este tipo de contratos como uma PPP, mas podendo evoluir para uma PPP. Na Irlanda, um contrato deste tipo com uma duração de pelo menos cinco anos, é considerado uma PPP.

<sup>193</sup> Vantagens previsionais deste tipo de contratos:

- Evitar atrasos na entrega do activo;

- Neste tipo de contratos existe um maior envolvimento dos agentes. Fica a cargo do operador privado, planear (*Design*) e construir (*Build*) as infra-estruturas de acordo com as especificações definidas pela entidade estatal, sendo o preço e o *output* final previamente definidos.

No final da construção o activo será propriedade do Estado que foi o financiador do projecto e que irá posteriormente efectuar a gestão do mesmo.

3. *Design, Build, Operate Contracts* (DBO)<sup>194</sup>

4. *Design, Build, Finance & Operate contracts* (DBFO)<sup>195</sup>

Aos quatro grandes grupos de PPP efectuados sob a forma de contratos, podemos ainda acrescentar outras estruturas contratuais, por exemplo:

- BOT (*Build, Operate and transfer scheme*) – o sector privado constrói, financia e irá gerir uma infra-estrutura pensada pelo poder central, por um período de tempo considerado suficiente para compensar o investimento, sendo o activo entregue ao Estado no final do contrato;

- BOOT (*Build, Own, Operate and Transfer Scheme*)

### ***Joint Ventures***

"As *joint ventures* surgem mais frequentemente no fornecimento de bens e serviços que, apesar de estarem a cargo duma entidade pública, não são bens e serviços públicos no sentido estrito do termo." Exemplos: comercialização de bens cujas patentes são pertença de entidades públicas. Tipo de parcerias em que as entidades públicas e privadas assumem conjuntamente a partilha de activos, financiamentos, riscos e retornos.

Como acabámos de constatar, poderemos ter vários modelos contratuais de PPPs,

---

- Evitar sucessivas derrapagens dos custos de obra;

Este tipo de contrato já tem como característica implícita a cooperação, ainda que numa fase inicial (fase do planeamento), contrariamente seria considerada uma simples empreitada.

<sup>194</sup> São tipos de contratos que se caracterizam pelo facto do operador privado ter liberdade de planear (*Design*), Construir (*Build*) e posteriormente gerir (*Operate*) o activo durante um período de tempo previamente estipulado pelo sector público. A construção é financiada pelo Estado que, no final do contrato, recupera a propriedade do activo. Contratos caracterizados por uma maior transferência de risco.

<sup>195</sup> Ao abrigo deste tipo de contratos de PPP, os mais completos, a iniciativa privada é responsável por todo o processo, desde o planeamento, à construção, à gestão incluindo o respectivo financiamento. O papel do sector público resume-se à supervisão e regulamentação. A remuneração auferida pela entidade privada consiste em pagamentos efectuados pelo estado à entidade privada pela disponibilização do activo / serviço ou o pagamento por intermédio de uma taxa cobrada aos utilizadores do serviço, sendo o restante financiado por transferências do Governo. No final do contrato, a propriedade reverte para o Estado.

ou seja, modelos contratuais que regulam as relações entre entidades privadas e públicas e que tentam aproveitar o melhor do relacionamento entre as partes referidas.

Existem e irão aparecer sempre novas tipologias de contratos de PPPs, consoante as necessidades, as características e estruturas dos sectores onde irão ser aplicados.

### 3.4. Experiências de PPPs existentes noutros países

"The development of PPPs in Europe has been sectorally concentrated, with the principal areas of activity being in the transport sector (road, rail, estuarial crossings) as well as education and health." European Investment Bank (2004, p. 5)

Geograficamente, o Mercado de PPPs também tem estado de alguma forma concentrado. "The 'first movers' in this market were the UK, followed closely by Portugal, Spain, Greece, the Netherlands, Denmark and Sweden though the extent of their programmes varied substantially. Further significant developments are now underway through the PPP programmes in Ireland, Italy, France and Germany. Extensive consideration was also given during the 1990's in many Central and Eastern European countries to the development of PPP programmes."<sup>196</sup>

O Reino Unido é hoje o país com mais experiência na utilização do modelo de financiamento estruturado – Parcerias Público Privadas<sup>197</sup>, como se pode constatar pelo sumário de PPPs por país e por sector (anexo 8), referido pelo European Investment Bank (2004, p. 14).

A justificação da primeira utilização das PPPs num país como o Reino Unido, poderá residir no facto de ser um país Anglo-Saxónico, com uma cultura caracterizada por *open mind*, com um quadro legal baseado na *Common Law*.

Mas, desde meados da década de 90 que as PPPs extravasaram o panorama britânico e europeu. Agências de desenvolvimento internacional têm vindo a acentuar a

---

<sup>196</sup> European Investment Bank (2004, p. 5).

<sup>197</sup> "(...) over 650 projects have been procured as PPPs, of which over 400 are already in operation (...)"

importância da participação do sector privado no financiamento e gestão dos principais serviços públicos de natureza infraestrutural:

- Serviços infraestruturais de rede: Telecomunicações; electricidade; gás; água e saneamento; gestão de resíduos sólidos;
- Redes de transportes: pontes; auto-estradas; túneis; portos; aeroportos; caminhos-de-ferro;
- Sistemas hidro-agricolas; barragens; e também,
- Serviços que dificilmente se pensaria que poderiam ser alvo de PPPs, como são os casos da Saúde, Educação, Serviços Prisionais, entre outros.

As PPPs estão hoje presentes no ordenamento interno de diversas regiões do mundo, como é referido por Azevedo Sodré (2004):

- **Europa**<sup>198</sup>: Reino Unido, Portugal, Espanha, Holanda, Irlanda, Itália, França, Alemanha<sup>199</sup>;
- **América do Norte**: EUA e Canadá (Jean-Etienne de Bettignies e Thomas W. Ross (2004, pag. 136));
- **América Latina**: México, Chile, Argentina, Peru, Uruguai e Paraguai;

Em Portugal as PPPs têm sido utilizadas em grande medida na construção de auto-estradas,<sup>200</sup> mas outros sectores se seguiram, como iremos verificar nos próximos sub capítulos.

No Reino Unido, os projectos de PPPs desenvolvidos foram-no sobre a égide de um instrumento denominado *Private Finance Initiative (PFI)*<sup>201</sup>, com as seguintes características:

- Modalidade de associação público-privada.
- O sector público mantém a responsabilidade pelo fornecimento de parte dos serviços;

Exemplo: O sector privado constrói e mantém a infra-estrutura hospitalar, mas é o sector público (NHS) que presta os serviços clínicos, ou seja, que fornece o

---

<sup>198</sup> Onde as PPPs foram e continuam a ser incentivadas pela própria Comissão Europeia (CE) para que os países da região possam alcançar e/ou manter o equilíbrio orçamentário.

<sup>199</sup> Para mais informação ver European Investment Bank (2004).

<sup>200</sup> Em 1995 existiam em Portugal 972 km de auto-estradas. A previsão é a de, em 2006, conseguir ter uma rede de auto-estradas com cerca de 3000 km, recorrendo ao uso dos contratos de PPPs.

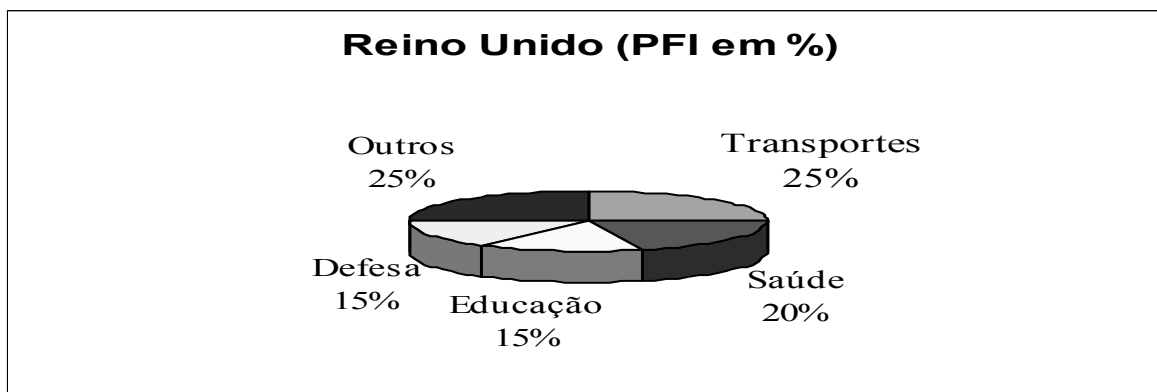
<sup>201</sup> "The PFI is one of a range of government policies designed to increase private sector involvement in the provision of public services" (Allen (2001)).

material médico/farmacêutico e que “fornece” e gere os recursos humanos.

Relativamente aos sectores da saúde e social, os autores *Mur-Veeman*, *Hardy*, *Steenbergen e Wistow* (2003) referem a importância que o *mix* de público privado tem no desenvolvimento dos referidos sectores, bem como o seu impacto na distribuição da prestação dos cuidados de saúde.

De 1992<sup>202</sup> a 2002, foram lançados no Reino Unido quinhentos e sessenta e quatro projectos de *PFI*, que totalizaram 54 biliões de dólares. As PPPs representaram 11% do investimento público total do Reino Unido durante o período de 1998 a 2002. De acordo com a figura seguinte, 25% do valor total dos contratos de PPPs foram realizados na área dos transportes (essencialmente no Metro, como é referido por Bourn (2000) e num estudo da Ernst & Young (2002)). Também foram significativos os investimentos em outras áreas como: saúde, defesa, educação, serviços prisionais, meio ambiente.

Figura 3.4.1. – Contratos de PPP’s realizados no Reino Unidos, por áreas, entre as datas de 1998 e 2002



Fonte: Sodré (2004)

Segundo um relatório do Governo Britânico denominado *Summary of National Audit Office (UK) Reports on PPPs* citado pelo European Investment Bank (2004, p. 18), os projectos realizados no Reino Unido sob a forma de *PFI*/PPP, permitiram uma economia de recursos de 17% em relação às formas convencionais de oferta de serviços públicos, e concluíram que 75% dos projectos foram concluídos dentro do prazo<sup>203</sup>, “Cost

<sup>202</sup> “The United Kingdom particularly embraced what were called “private finance initiatives” (PFIs) to get private participation in the provision of public services beginning about 1992” (Bettignies e Ross (2004, pag. 136)).

<sup>203</sup> “Of the 19 traditionally procured hospitals delivered between 2000 and 2002, 13 were

overruns for the public sector occurred in 73% of conventional procurements, but only 22% of PPPs" (European Investment Bank (2004, p. 16)).

No México, a utilização do financiamento estruturado PPP teve o seu início em 2002. Os projectos de PPPs<sup>204</sup> lançados começaram por ser uma adaptação do modelo inglês de *PFI* ao contexto mexicano. Os principais projectos lançados foram nos sectores de:

- Comunicações e Transportes: para a ampliação de vias rodoviárias, com um valor de investimento de setecentos e oitenta milhões de dólares;
- Saúde: para hospitais regionais e unidades de especialidades médicas, com um valor de investimento estimado de trezentos milhões de dólares;
- Educação Pública: Centros de Ensino Superior, com um valor de investimento estimado de duzentos e oitenta milhões de dólares (Sodré (2004)).

No Brasil, a utilização das PPPs foi estimulada pela crise financeira<sup>205</sup>, altura em que se começou a pensar em atrair capitais privados para os sectores vitais da economia que estavam em dificuldades, e em realizar parcerias entre o sector público e o sector privado (Filho (2004)).

José Emilio Nunes Pinto (2004) complementa a ideia anteriormente referida com a afirmação de que "o surgimento, no Brasil, das PPPs somente foi possível graças à mudança de postura nas relações entre o particular com o Estado e a Administração Pública, assumindo aquele o papel que lhe cabe no contexto da Responsabilidade Social". Já Fiocca (2004) salienta o papel das PPPs no Brasil como forma de impulsionar

---

late, and four were more than two months late. In contrast, 9 of the 11 PFI hospitals completed in the period were delivered early or on time. The remaining two projects were delivered within two months of the expected date." (European Investment Bank (2004, p. 16)).

<sup>204</sup> Projectos que contaram com o apoio do PUK, organismo público privado do Reino Unido encarregado de apoiar o esquema de *PFI*.

<sup>205</sup> Até à década de oitenta, o Governo brasileiro era responsável pela produção em quase todos os sectores da economia nacional. Fornecia bens e serviços e realizava investimentos. Para tal, no financiamento das suas despesas e investimentos usava recursos que provinham das receitas fiscais, mas também recorria fortemente a empréstimos e financiamentos nacionais e internacionais. Posto este cenário, o grau de endividamento do sector público do Brasil aumentou exponencialmente. A anterior situação foi ainda agravada por "(...) mudanças ocorridas no mercado financeiro internacional no início da década dos oitenta, aumento nas taxas de juros e redução na disponibilidade de crédito (...) " o que originou "(...) uma grave crise financeira do setor público brasileiro que culminou na moratória decretada em 1987 no Governo Sarney" (Filho (2004)).

a retoma do crescimento económico.

Nos EUA e de acordo com a abordagem de Brusewitz e Orrick (2004, p. 70) à temática das PPPs, o "(...) PPP model is not really new in the United States (...)What is new is that private parties are increasingly taking on stronger primary roles as to construction and operating risks, as well as assuming the principal risks and rewards of ownership". De acordo com o referido, poderemos pressupor a existência de PPPs em vários sectores nos EUA, suposição que pode ser complementada com o acesso ao site do National Council for Public-Private Partnerships (<http://www.ncppp.org/>). A informação que as anteriores fontes bibliográficas não nos permitiram obter da forma mais exacta diz respeito à existência ou não de PPPs na área da saúde, nos EUA.

A introdução de PPPs na Holanda, deve-se essencialmente ao facto do Governo estar convencido que "(...) PPP projects can be implemented faster and more "efficiently" than purely public ventures"<sup>206</sup> e, têm sido, essencialmente, desenvolvidas nos seguintes sectores: "(...) road and rail infrastructure, public transport, urban development, utilities and "green infrastructure" (development of rural areas). Accommodation sectors such as schools, prisons and government housing (...) "<sup>207</sup>. Recentemente têm também sido lançados projectos na área da saúde (<http://pps.minfin.nl>, p. 54-57), que à data da referida publicação tinham (alguns projectos) como prazo limite para a assinatura do contrato – finais de 2004.

Outras experiências internacionais do uso de PPPs vão ser abordadas no sub capítulo seguinte, relacionadas com o sector da saúde.

A análise da experiência internacional demonstra que a estabilidade económica, política e social e a existência de um quadro legal forte e completo, são essenciais para garantir a confiança do investidor privado no cumprimento dos contratos.

---

<sup>206</sup> [http://pps.minfin.nl/default.asp?CMS\\_TCP=tcpAsset&id=BC0A3332300E41E48018578B8AC7DEAD](http://pps.minfin.nl/default.asp?CMS_TCP=tcpAsset&id=BC0A3332300E41E48018578B8AC7DEAD)

<sup>207</sup> [http://pps.minfin.nl/default.asp?CMS\\_TCP=tcpAsset&id=BC0A3332300E41E48018578B8AC7DEAD](http://pps.minfin.nl/default.asp?CMS_TCP=tcpAsset&id=BC0A3332300E41E48018578B8AC7DEAD)

### 3.4.1. No sector da saúde

As PPPs no sector da saúde são uma realidade ainda bastante recente, embora em franca expansão.

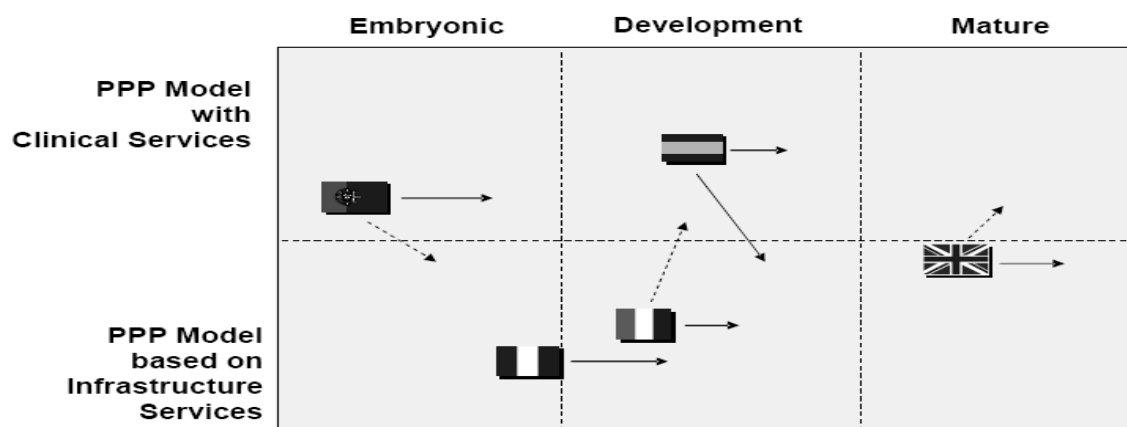
As PPPs no sector da saúde tem sido usadas essencialmente no:

- Desenvolvimento de novas unidades de cuidados de saúde; e
- Reconversão e renovação de unidades existentes.

As principais experiências Europeias foram protagonizadas, até agora pelo Reino Unido e por Espanha, com particular destaque para o Reino Unido devido à carteira de projectos já concluídos, iniciados e previstos. Ambas as experiências tiveram o seu início da passagem da primeira para a segunda metade da década de noventa (1995/96). No Reino Unido as experiências abrangeram o âmbito Nacional, em Espanha apenas abrangeram a região de Valência. Em Portugal, a primeira aproximação a um esquema de PPP deu-se por via da celebração de um contrato de gestão com um operador privado para a exploração do Hospital Fernando da Fonseca na Amadora. A Itália também já iniciou a sua experiência nas PPPs no sector da saúde ao nível regional. As autoridades checas já estão também a estudar a abordagem das PPPs para o seu sector da saúde (Simões (2004, p. 38)).

Jorge Abreu Simões, numa conferência em Lisboa, realizada em Novembro de 2005 e subordinada ao tema “*PPP in Portugal*”, traçou o panorama de utilização de PPPs na área da saúde na Europa, de acordo com a figura seguinte.

Figura 3.4.1.1. - PPPs na área da saúde, uma visualização sobre o panorama europeu





Fonte: Simões (2005)

O principal foco das PPPs na Europa continuam a ser as unidades hospitalares.

Existem na Europa vários modelos de PPPs, como já foram referidos, mas a principal diferença entre eles é a inclusão ou não dos serviços clínicos e, qual o seu estado de desenvolvimento. O modelo do Reino Unido continua a ser o mais popular em termos de experiências passadas. País onde foram protagonizadas as principais experiências Europeias de PPPs na saúde, experiências essas que têm aumentado "(...) in terms of number, capital value and size of projects" (Akintoye e Chinyio (2005)). Segundo o HM Treasury<sup>208</sup> entre 1 de Abril de 1993 e Dezembro de 2005, foram assinados no Reino Unido cento e quarenta e nove projectos de PPPs na área da saúde, que totalização seis mil quinhentos e setenta e dois milhões de libras de Investimento de Capital. Para o valor de investimento referido anteriormente, contribuíram também as PPPs realizadas na Escócia, como referidas no site <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/923/0027761.xls>; É um modelo de PPPs que tem como ponto fulcral as concessões relativas a infra-estruturas. O Reino Unido já está a desenvolver outros projectos na área da saúde, mas em subáreas diferentes dos hospitais e nestes casos já estão a estudar a possibilidade de incluírem também os serviços clínicos.

No caso Espanhol, como já foi referido, a primeira experiência de PPPs iniciou-se em finais da década passada, inícios da presente. A experiência foi no subsector hospitalar (na zona de valência) e incluiu os serviços clínicos. Podemos verificar, pela figura, que também existem em Espanha projectos de PPPs para a área hospitalar que incluem apenas os serviços relacionados com as infra-estruturas. Podemos afirmar que em Espanha, diferentes autoridades regionais adoptam diferentes modelos de PPPs.

Em Itália, os primeiros projectos de PPPs na área da saúde caracterizam-se por assentarem em modelos que contempla apenas serviços relacionados com as infra-estruturas. Mas já existem também algumas áreas do sector da saúde a ponderarem a inclusão dos serviços clínicos.

Relativamente a Portugal, considera-se que estamos numa fase embrionária no que diz respeito à aplicação de PPPs no sector da saúde, porque os contratos que temos lançados ainda estão em *procurement*, não possuímos nenhum contrato assinado.

---

<sup>208</sup> No site [http://www.hm-treasury.gov.uk/media/455/DD/pfi\\_signeddeals290306.xls](http://www.hm-treasury.gov.uk/media/455/DD/pfi_signeddeals290306.xls)





As orientações do actual Governo são no sentido de continuar o programa de PPPs, introduzindo outras estruturas contratuais, e não ficarmos apenas confinados às PPPs que incluem os serviços clínicos.

De uma maneira geral, todos os países europeus já iniciaram as suas experiências em PPPs na área da saúde.

A Irlanda (Ministry for Health and Children (2003)) lançou o seu programa de PPP's na área da saúde com um projecto pioneiro para os cuidados primários.

O Reino Unido também já tem um vasto programa de PPP's na subárea dos cuidados primários designado por *Lift*.

Figura 3.4.1.2. - Diversificação de Programas e Modelos PPPs

				
	UK	Spain	Portugal	Ireland
Primary Care and Community Care	LIFT	Integrated Care PPP Model (Valencia)	-	Pilot Projects
Acute Care (Hospitals)	PPP Model based on Infrastructure Services		PPP Model with Clinical Services	-
Elective Care Services	ISTC's	-	-	-
Other NHS Services	Discrete PPP's	-	Ad Hoc PPP's	-

Fonte: Simões (2005)

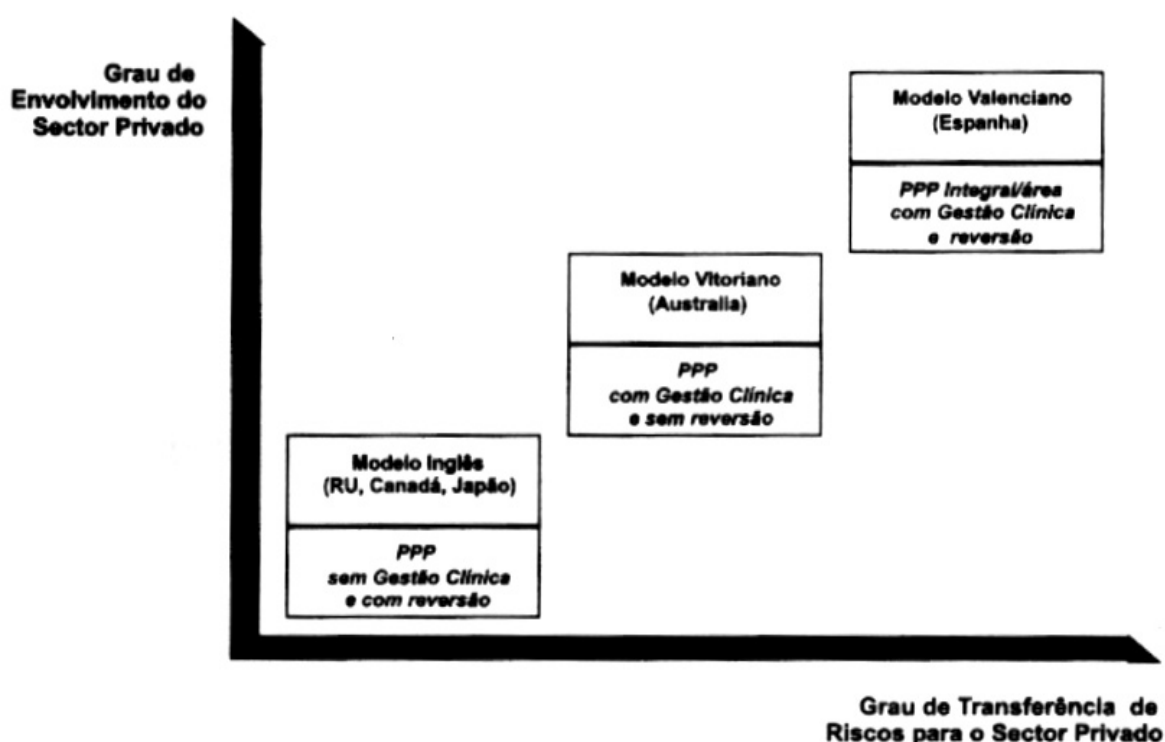
Em alguns programas de PPPs, como é por exemplo o caso de Valência, já existe a integração de cuidados primários com os hospitais.

Comparando o exemplo português com o que se passa na Europa, nós já temos algum grau de diversificação, não temos só projectos a nível dos hospitais, mas não temos, por exemplo, nenhum projecto na área dos cuidados primários. Espera-se ter o primeiro contrato de PPPs na área da saúde assinado ainda este ano (2006). Os projectos que já estão em negociações finais são: o Centro de Atendimento do SNS (Parcerias Saúde (2004)) e o Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul (Parcerias Saúde (2005)).

Extravassando o panorama europeu, praticamente ao mesmo tempo, as PPPs foram adoptadas na Austrália, sobretudo no Estado de Vitória, com um modelo mais próximo ao de uma privatização, como forma de melhorar a "(...) efficiency in public service delivery (...)", como referiram Teicher, Alam, e Gramberg (2006). Mais recentemente também o Japão e o Canadá iniciaram as suas experiências de PPPs no sector da saúde, com modelos bastante aproximados ao do Reino Unido.

Na sua essência, e de acordo com Simões (2004), as principais experiências internacionais podem ser agrupadas em três modelos de base, de acordo com a figura seguinte.

Figura 3.4.1.3. – Principais modelos internacionais de participação de agentes privados no sector da saúde



Fonte: Simões (2004)

- Modelo Inglês (Reino Unido, Canadá e Japão) – PPP sem gestão clínica e com reversão da propriedade dos meios de produção (a infra-estrutura) para o sector público, caracterizada por baixo grau de envolvimento e de transferência de risco para o sector privado;

- Modelo Vitoriano (Austrália) – modelo mais próximo das privatizações, caracterizado por incluir a gestão clínica e não incluir a reversão da propriedade dos meios de produção (a infra-estrutura) para o sector público;

- Modelo Valenciano (Espanha) - PPP com gestão clínica e com reversão da propriedade dos meios de produção (a infra-estrutura) para o sector público, caracterizada por elevado grau de envolvimento e de transferência de risco para o sector privado;

Os três modelos apresentados diferem essencialmente em dois factores:

- Grau de intervenção do sector privado;

- Grau de transferência do risco para o operador privado;

Dois factores muito importantes, e que são influenciados por factores sociais, culturais, demográficos, económicos.

Iremos proceder agora a uma especificação mais pormenorizada dos modelos e experiências já referidos.

O Modelo Inglês, que data de meados dos anos 90, mantém-se, nos dias de hoje, basicamente igual sobretudo relativamente a unidades hospitalares.

A característica principal do modelo Inglês:

- O operador privado apenas é responsável pela prestação de serviços acessórios à prestação dos serviços de saúde, serviços logísticos e de apoio directo ou indirecto à prestação de cuidados de saúde, ou seja, prestação de serviços de natureza infraestruturais (*hard e soft facility management*) que compreendem serviços tais como:

- *Hard Facility Managment* (Estacionamento; Jardinagem e manutenção de espaços verdes; Manutenção do Edifício; Recolha e tratamento de resíduos);

- *Soft Facility Managment* (Higiene e limpeza; Lavandaria; Alimentação; Segurança de pessoas e bens; Portaria);

O operador privado não é responsável pela prestação de cuidados de saúde, nem pela gestão hospitalar.

O Contrato de concessão que geralmente está na base de uma PPP engloba:

- A concepção, construção, financiamento e manutenção dos novos e/ou renovados activos infraestruturais, assegurando também os serviços de apoio e logísticos durante o período da concessão. A duração típica deste tipo de contratos é de 25 a 30 anos, sendo os activos reversíveis para a posse do poder central no final do

contrato, ou seja, para a entidade privada este contrato pode representar um projecto de investimento numa óptica de liquidação e não de continuidade.

As PPPs na área da Saúde, no Reino Unido, têm como principal característica a manutenção da gestão hospitalar e clínica na esfera pública logo, os contratos de PPPs realizados no Reino Unido, representam cerca de 20% a 25% do orçamento global de uma unidade hospitalar. Na opinião de Simões (2004, p. 40) esta abordagem leva a que, " (...) os ganhos de eficiência sejam relativamente limitados, não tendo a expressão que previsivelmente resultaria de uma abordagem mais abrangente, compreendendo os elementos que constituem o "*core business*" de um hospital."

O modelo Inglês é o mais vulgarizado apesar da concessão estar circunscrita aos serviços infraestruturais. É um modelo com boa "bancabilidade".

A abordagem das PPPs no sector da saúde no Reino Unido foi alargada aos cuidados continuados (nomeadamente unidades residenciais de acamados e centros de saúde mental) e mais recentemente aos cuidados primários (parceria de um novo tipo - *joint venture* público privada de âmbito nacional, desdobrando-se em parcerias locais).

Relativamente às PPPs em Espanha, como um todo, continuam ainda pouco marcantes, tendo sido as mais importantes levadas a cabo pela Comunidade de Valência.

O Modelo Valenciano assenta num contrato de concessão que abrangeu a concepção, construção, financiamento e prestação de serviços clínicos numa unidade hospitalar de média dimensão. Engloba um mecanismo inovador de pagamentos:

- Componente estritamente capitativa – para as prestações de saúde relativas à população protegida (inicialmente estabelecida em trezentos e setenta e nove euros residente/ano);
- Componente não capitativa – para as prestações de saúde relativas a pessoas fora da população protegida (80% do preço da tabela aplicável – se algum doente for transferido para outro hospital, o hospital de referência tem que 100% do preço de tabela)

É uma experiência que teve como principais consequências positivas:

- O cumprimento dos prazos de construção;
- Não teve sobre custos relevantes de investimento;
- O arranque e o funcionamento operacional decorreram sem grandes atrasos e sem

problemas significativos;

- Um reconhecimento geral do aumento do nível de desempenho e qualidade dos serviços de saúde prestados, sendo ultrapassada a questão de que natureza era o gestor do hospital.

A Austrália é constituída por uma Federação de Estados, tal como os Estados Unidos da América logo, as políticas de PPPs, à semelhança de outras, geralmente são implementadas a nível estadual. Os sistemas públicos de saúde são também desenhados de acordo com a política de cada estado federado. Estimava-se que em 2004, 40% dos hospitais públicos requeriam renovação ou substituição no prazo de quinze anos (custo estimado de vinte e dois biliões e quinhentos milhões de dólares). Logo, possivelmente iremos assistir à coexistência num sistema de saúde global, de diferentes tipos de parceria, consoante o estado. Os modelos de PPP's tomaram as seguintes formas: BOO (*Built, Own, Operate*); BOOT (*Built, Own, Operate, Transfer*); BOL (*Built, Operate, Lease Back*); Gestão privada de hospitais públicos; BOSO (*Built, own, separatly operated*).

Mas, o modelo australiano mais marcante e distintivo emergiu na passagem para a segunda metade da década de noventa e ocorreu essencialmente devido à abordagem original ocorrida no Estado de *Victoria*. "BerwickCommunity Hospital in Victoria (...) is a \$100m scheme to develop a 229 bed community hospital which reached financial close in 2002 on quite a different model. The first PPP in the sector to be done under Partnerships Victoria guidance it was based on the UK model: the private sector designing, constructing and maintaining the building but all clinical services provided by the public sector under an availability and KPI based payment regime" (Locke (2005, p. 104)).

A abordagem italiana às PPPs tem sido impulsionada por algumas iniciativas provinciais, mas sem assentar num modelo com contornos uniformes. Ao contrário do SNS do Reino Unido (Serviço de Saúde Global à escala nacional), o Italiano é "regionalizado" tendo as autoridades regionais um elevado grau de autonomia. "A paisagem demográficas e económica é substancialmente diversa, existindo assinaláveis assimetrias regionais na oferta de cuidados de saúde" (Simões (2004, p. 52)).

Em Itália os três projectos de PPPs com maior dimensão e com contratos

adjudicados são:

- Novo Hospital de *S. Anna* em *Como* (Contrato em 1999, com período de três anos de construção);
- Novo Hospital de *Brescia* (Contrato em 2000, com período de três anos de construção);
- Novo Hospital *Mestre Umberto* em *Veneza* (Contrato em 2001, com período de quatro anos de construção).

Projectos caracterizados por uma abordagem pouco uniforme, mas com tendências para o regime do Reino Unido. Períodos de concessão entre os dezanove e os vinte e nove anos. Limitação dos serviços prestados por privados – serviços de logística, restauração, etc, sendo os cuidados médicos sempre da responsabilidade do sector público.

A abordagem de PPPs no Canadá<sup>209</sup> e no Japão ainda se encontra numa fase embrionária, mas as parcerias no sector da saúde mereceram desde logo uma especial atenção. Os modelos de PPPs seguidos aproximam-se em grande medida ao modelo britânico. Tem sido equacionada a possibilidade de inclusão dos serviços clínicos, situação que se tem tornado politicamente difícil logo, dos projectos lançados a incumbência dos serviços públicos tem ficado sob alçada do sector público.

No Canadá, o Governo estadual de *Ontário* decidiu, no final de 2001, promover o lançamento de dois projectos PPPs no sector da saúde, por forma a abrir a porta à participação do sector privado no âmbito da construção de novos projectos hospitalares: *William Osler Hospital (Brampton)* "(...) is soon to be Canada's first acute care hospital P3 comprising about 600 beds (...). The project partner will be responsible for facilities maintenance, food and laundry, portering, materials management and other hotelling services over the 25-year term of the concession. The project is currently in the final stages of qualifying prospective bidders with a view to selection of a partner later this year"(Parker (2003) - [http://www.pwc.com/uk/eng/about/svcs/pfp/pwc\\_PFI-article.pdf](http://www.pwc.com/uk/eng/about/svcs/pfp/pwc_PFI-article.pdf) e [http://www.williamoslerhc.on.ca/whats\\_new/Fast\\_Facts%20Feb\\_2006.pdf](http://www.williamoslerhc.on.ca/whats_new/Fast_Facts%20Feb_2006.pdf)); e, *Ottawa RFP's Royal (Ottawa)*, cujo processo de negociações com vista à assinatura do contrato foi concluído em 2001 de acordo com Laird e Langill (2005). Ambos os projectos PPP têm

---

<sup>209</sup> Sobre o mesmo assunto e no mesmo sentido veja-se, entre outros Bettignies e Ross (2004).

uma configuração DBFO sem serviços clínicos, e encontram-se presentemente em curso.

O “new Health, Medical Treatment and Welfare College in Kanagawa Prefecture near Tokyo which is one of the first PFI (Private Finance Initiative partnership) projects between the state and private sectors in Japan” (<http://www.pfikyokai.or.jp/pdf/English/Depfa.pdf>), é um de dois projecto de PPPs que o Japão detem na área da saúde, como se pode constatar no quadro resumo apresentado por Poulter em Maio de (2003), no seu artigo subordinado ao tema “Japan’s PPP experience – lessons for Europe?”. Desenhado num sistema de BOT projecto adjudicado em 2002, por um período de 30 anos, em que o contrato envolve a construção, manutenção, operação, prestação de serviços de apoio e de TI’s; O mecanismo de pagamento contempla uma componente de “*finance lease payment*” e outra componente de “*service fee*” para os serviços marginais.

### **3.5. A experiência de Portugal na utilização de PPPs**

Partiremos da intervenção do Secretário de Estado do Tesouro e das Finanças na conferência subordinada ao tema “*Project Finance: A Perspectiva Financeira do Estado*”, realizada em Lisboa a 11 de Julho de 1996 no Centro Cultural de Belém, que referiu em representação do Governo, muito oportuna e apropriada a iniciativa da divulgação do *Project Finance*, “dado perspectivar que, futuramente, esta será uma forma de financiamento corrente, não só do Estado, mas também de projectos associados à iniciativa privada” como forma de melhorar as condições de vida das populações e o desenvolvimento sustentável do país em termos económicos e sociais, para analisar a evolução da utilização do *project finance* e das PPPs em Portugal.

Segundo Jorge Abreu Simões (2004), a década de 90 esteve em bom plano relativamente ao lançamento de PPPs, mas foram em grande parte em empreendimentos no domínio da energia e transportes – para tentar superar o elevado défice infraestrutural que Portugal apresenta relativamente a outros países europeus. Posteriormente as PPPs alargaram-se à área do ambiente e da defesa, encontrando-se actualmente em



curso o início da sua aplicação nos sectores da saúde, educação e justiça.

De acordo com um resumo proposto por Rui Sousa Monteiro (2005) e (2005a, p. 74), os principais projectos de PPP's realizados e a realizar num futuro próximo em Portugal são:

Figura 3.5.1. - Principais projectos de PPPs realizados e a realizar em Portugal

	Fase em que se encontra o projecto	Milhões de Euros	
		Investimento Inicial	Custo para o Sector Público
Programa de Hospitais (10 hospitais)	Três encontram-se em fase de concurso	...	...
Fertagus- Serviço suburbano de comboio	Concluído, renegociado	39	103
Metro Sul do Tejo	Em construção	269	269
Comboio de alta velocidade	Estudos preliminares	...	...
Auto-estrada com portagens reais, Douro Litoral	Fase de concurso, propostas apresentadas	...	...
Auto-estrada com portagens reais, Grande Lisboa	Fase de concurso, propostas apresentadas	...	...
Auto-estrada com portagens reais, Litoral Centro	Em construção	156	-45
Shadow toll programme (7 concessões)	Construção (2 concluídos)	3 134	7 616
Auto-estrada com portagens reais, AEA	Concluído	1 554	86
Auto-estrada com portagens reais, AENOR	Em construção	846	372
Ponte Vasco da Gama (Lusoponte)	Concluído	1 027	503

Fonte: adaptado de Rui Sousa Monteiro (2005) e (2005a).

António Macedo Vitorino (2005) refere-se às duas principais experiências de Portugal no campo das PPP's (Ponte Vasco da Gama e Programa de estradas SCUT), analisando os seus benefícios, custos e contratempos:

- a) Ponte Vasco da Gama – o consórcio Lusoponte assumiu a concepção, a construção, e operação, incluindo o risco operacional da construção de uma nova travessia do rio Tejo;
- Benefícios / Custos – A construção foi iniciada em 1995 e completada em 1998 a tempo da abertura da Expo 98, foi até à data o maior projecto de infra-estrutura

levado a cabo em Portugal, custando aproximadamente novecentos e cinquenta e cinco milhões de euros; O Estado garantiu à Lusoponte a concessão da antiga ponte sobre o Rio Tejo, a Ponte 25 de Abril e comprometeu-se a elevar as tarifas da ponte 25 de Abril ao nível das da ponte nova;

- Contratempos – A contestação contra a subida das tarifas naquela ponte veio, aparentemente, a influenciar a decisão política de não harmonizar os tarifários das duas pontes, o que fez com que o concessionário accionasse as cláusulas contratuais de reequilíbrio financeiro do acordo de concessão;

Em 1998, a Lusoponte iniciou a renegociação do financiamento do projecto, presumindo-se que com o objectivo de reduzir os custos financeiros.

b) Programa de estradas SCUT – auto estradas com portagens virtuais, com taxas de pagamento sombra;

- Pontos principais – Os concessionários assumem os riscos da concepção, da construção, do financiamento e da operacionalização, e o Governo irá pagar as tarifas “sombra”, tendo em atenção o nível de tráfego.

- Benefícios / Custos – O desenvolvimento do maior programa de estradas, com aproximadamente mil e quinhentos quilómetros de extensão e um custo de aproximadamente oito mil e duzentos milhões de euros, iniciou-se em 1997. O projecto será pago através de tarifas “sombra” suportadas pelo Estado e não terá, directamente, custo algum para o utilizador.

- Contrapartidas / contratempos – estima-se que os custos a incorrer pelo Estado irão aumentar de duzentos e setenta e oito milhões e quinhentos mil euros em 2006, para cerca de setecentos milhões em 2007. Só para se dar um exemplo da grandeza deste número, o Instituto de estradas de Portugal não têm este orçamento, o que quer dizer que o referido instituto não vai ter dotação para a construção de novas estradas nem para a reconstrução das existentes, situação que se deveria ter tido em conta no início; Uma outra situação que não ficou prevista no contrato inicial foi a possibilidade de serem introduzidas tarifas reais, o que significa que esta situação irá trazer custos adicionais para o Governo na construção de zonas para se puderem cobrar as tarifas (por exemplo: portagens) e trará mais custos adicionais induzidos pela compensação que terá que ser feita aos concessionários devido a um possível decréscimo dos níveis de tráfego detalhados na base do projecto.

### 3.5.1. Na saúde

De acordo com Simões (2004 e 2005), responsável pela entidade “Parcerias Saúde”, inserida na orgânica do Ministério da Saúde com a missão de estudar e realizar PPPs no sector da saúde em Portugal, a primeira experiência Portuguesa de participação de agentes económicos privados na gestão do sector hospitalar tem cerca de uma década,<sup>210</sup> um projecto que não se poderá verdadeiramente considerar como uma PPP,<sup>211</sup> uma vez que assume a forma de um contrato de gestão em que uma entidade privada se propõe efectuar a gestão de uma unidade hospitalar construída e financiada pelo sector público.

Os contratos actualmente em vigor, embora designados como contratos de gestão, têm uma natureza contratual mais próxima dos projectos do tipo *DBFO*, já atrás caracterizados, e que incluem a prestação de serviços clínicos.

Figura 3.5.1.1. – Matriz de áreas de cuidados de saúde versus o tipo de contrato

	1995 Pioneer Mgt Contract	2001-2005 PPP Initiative in Healthcare
Primary Care		
Acute Care (Hospitals)	Management Contract FFH	Renegotiated Management Contract FFH      PPP Management Contracts
Continuing Care		PPP Management Contract PM&RC
Independent Functional Units		
Other NHS Services		PPP Service Contract NHS Contact Centre

Fonte: Simões (2005).

<sup>210</sup> Gestão privada do Hospital Fernando da Fonseca na Amadora (hospital construído pelo ministério da saúde e integrado no SNS). O contrato de gestão estabelecido previa uma fase de arranque com a duração de cinco anos, sendo anualmente prorrogável. O mecanismo de pagamento assentava num programa esperado de actividades e também por pagamentos por cuidados de saúde adicionais (urgências), tendo também a faculdade de cobrar receitas próprias.

<sup>211</sup> Como é referido também por Vitorino (2005).

O programa das PPPs na área da saúde foi lançado em 2001-2002 como elemento de um documento que perspectivava a alteração da estrutura do SNS. Tal mudança no SNS não terá sido motivada apenas pela necessidade de construção de novas infra-estruturas, foi igualmente pela necessidade, não só, de alcançar níveis de eficiência mais elevados, tipicamente associados a uma gestão efectuada por agentes económicos privados, como também, de regular o funcionamento do sector da saúde<sup>212</sup>.

A mudança na gestão do SNS visava três vectores principais:

- Esquemas de PPPs – para os quais foi necessário criar legislação apropriada; este programa incidirá essencialmente na renovação e modernização dos hospitais; criação de uma *task force* para as PPPs, o que aconteceu em 2002;
- Empresarialização dos hospitais - Transformar hospitais público em empresas públicas; promover a eficiência e a qualidade das operações hospitalares;
- Fomentar a concorrência e regular o sector – criando uma agência reguladora para a saúde; aumentando a possibilidade de os pacientes puderem escolher com liberdade; fomentar a competição entre as entidades que prestam os serviços de saúde;

### **O programa de PPPs**

A primeira vaga de PPPs foi anunciado em Julho de 2001, na vigência do XIV Governo Constitucional sendo posteriormente confirmada, em Maio de 2002, pelo XV Governo Constitucional. Este último Governo pretendeu aprofundar a abordagem das parcerias e lançou uma segunda vaga que viria a ser incorporada no programa de PPPs para a área da saúde, incidindo sobre contratos de gestão para o desenvolvimento da rede hospitalar. O referido programa tinha como objectivo o lançamento gradual de dez novas unidades hospitalares no SNS, sendo que oito projectos tinham o carácter de substituição. O que está na base deste programa, que incide essencialmente sobre novos hospitais, poder-se-á ter ficado a dever a um fenómeno geralmente presente na globalidade dos países que afirmam pretender iniciar a aplicação de PPP's no sector da saúde:

- as respectivas estruturas hospitalares são, regra geral, em número insuficiente e

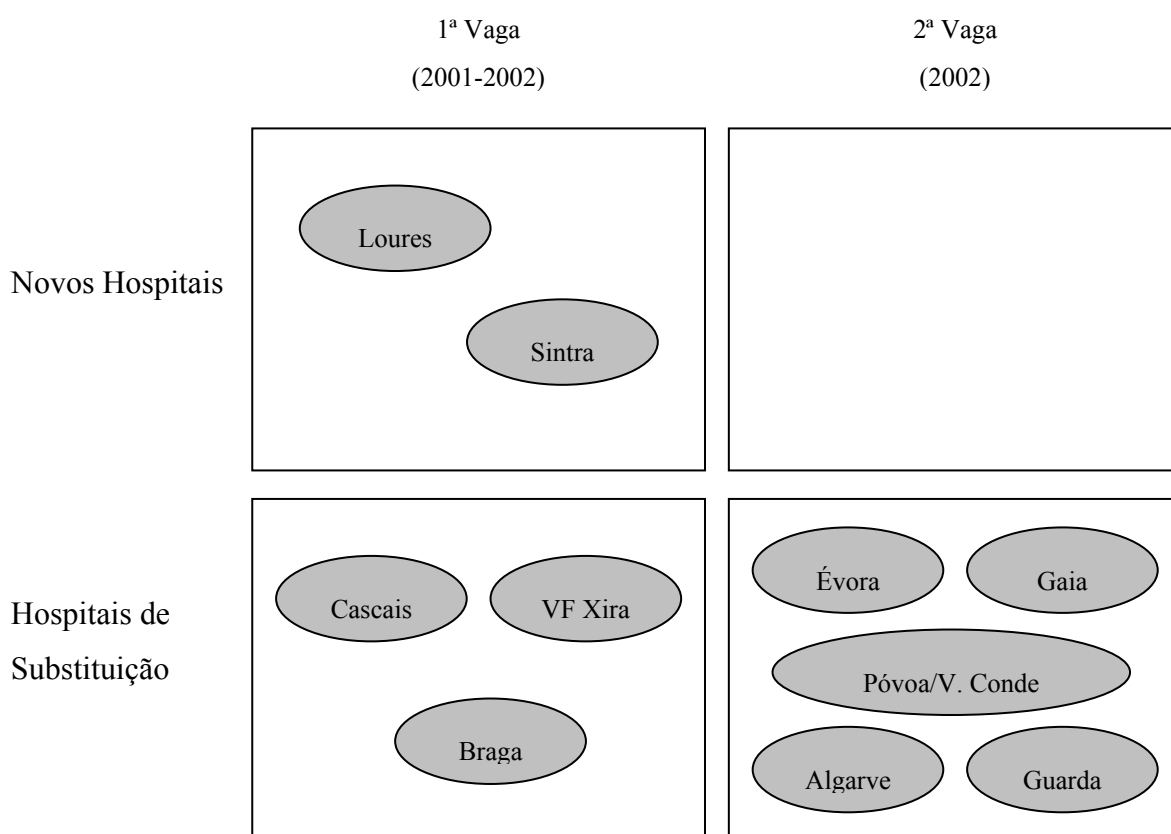
---

<sup>212</sup> Existem em Portugal cerca de 90 hospitais e entre 2002-2003, um terço desses hospitais foram transformados em empresas públicas (E.P.).

antiquadas, não dispondo dos níveis desejáveis de funcionalidade e de adaptabilidade, sendo consequentemente ineficientes e dispendiosas.

Embora em 2002 tenha sido apresentada a segunda vaga de PPPs, actualmente ainda estão por executar todas as operações constantes da atrás referida primeira vaga, como em seguida se aborda.<sup>213</sup>

Figura 3.5.1.2. – Programa de PPPs para Portugal



Fonte: Simões (2005).

### Execução da primeira vaga de PPPs

O projecto de PPP para o hospital de Loures encontra-se em fase de reavaliação pelo actual Governo, dado que o grupo de missão encarregue da avaliação entendeu suspender o projecto na fase de avaliação das propostas.

O projecto de PPP para o hospital de Sintra foi cancelado desconhecendo-se se temporária ou definitivamente.

<sup>213</sup> Todos os projectos de investimento (*Project Finance*) seriam do tipo *green field projects*.

Os restantes projectos referentes às unidades hospitalares de Cascais, Braga e Vila Franca de Xira estão em fase de análise das propostas.

Os projectos, não hospitalares, do Centro de atendimento do SNS e do Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul, poderão vir a ser realizados no âmbito desta primeira fase, sendo aqueles que, aparentemente, se encontrarão mais avançados em termos negociais.

Figura 3.5.1.3. – Estado actual da primeira fase de PPPs

PPP Projects	Current Status	Next Phases
<ul style="list-style-type: none"> <li>New Braga Hospital</li> <li>PSC: 1 186 Million euro (NPV: Jan 2006)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tendered in January. 2005</li> <li>6 Bidders in September.2005</li> <li>Presently in Bids Qualification &amp; Evaluation Phase</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Negotiation Phase with 2 Bidders</li> <li>Followed by Negotiations with Preferred Bidder</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>New Vila Franca Hospital</li> <li>PSC:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Approved in 19.September.2005</li> <li>Tender in November.2005</li> <li>Deadline for Bidders: April.2006</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bids Qualification &amp; Evaluation Phase</li> <li>Negotiation Phase with 2 Bidders</li> <li>Followed by Negotiations with Preferred Bidder</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>New Loures Hospital</li> <li>PSC: 800 Million euro (NPV. Jan 2004)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tendered in Dec. 2003</li> <li>4 Bidders in July.2004</li> <li>Evaluation Steering Committee Decision: 5.September.2005</li> <li>Proposition: Project Re-tender</li> <li>Presently waiting for Government Decision</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Possibly New Tender</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>New Cascais Hospital</li> <li>PSC: 400 Million euro (NPV. Jan 2005)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tendered in Sept. 2004</li> <li>4 Bidders in March.2005</li> <li>Presently in Bids Qualification &amp; Evaluation Phase</li> <li>Preliminary Evaluation Report in December.2005</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Negotiation Phase with 2 Bidders</li> <li>Followed by Negotiations with Preferred Bidder</li> <li>Contract Award foreseen for 4th Quarter.2006</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>NHS Contact Centre</li> <li>PSC: 40 Million euro (NPV)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tendered in May. 2004</li> <li>3 Bidders</li> <li>Preferred Bidder announced in January.2005</li> <li>Negotiation Phase with Preferred Bidder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contract Award foreseen for December.2005</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rehabilitation Centre for Southern Regions</li> <li>PSC: 40 Million euro (NPV)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tendered in January. 2005</li> <li>1 Bidder</li> <li>Presently in Negotiations with Preferred Bidder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contract Award foreseen for February.2006</li> </ul>

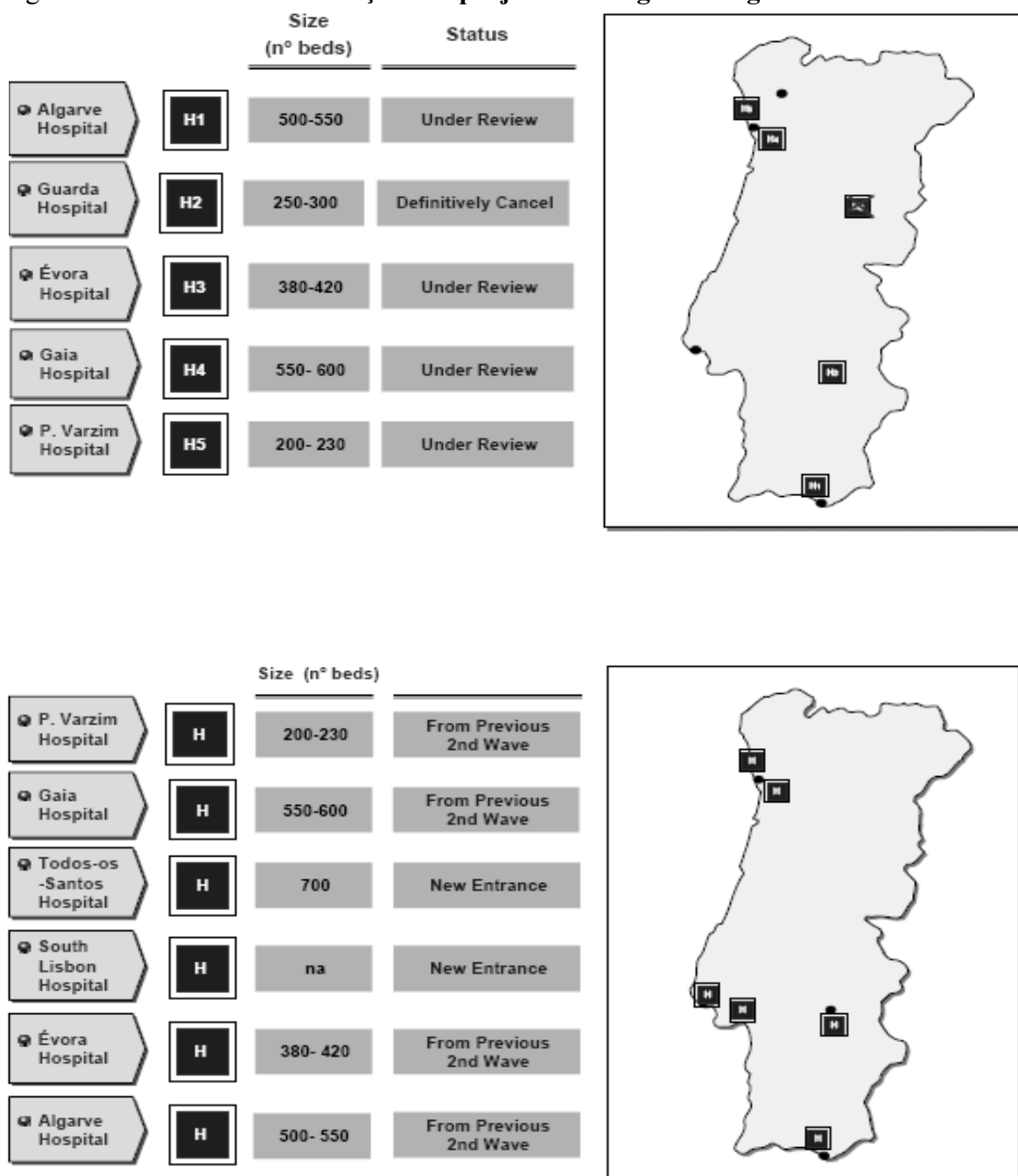
Fonte: Simões (2005).

### Segunda vaga de PPPs – em reconfiguração

Com a mudança de Governo verificada em Março de 2005 iniciaram-se estudos de

recalendarização e de redefinição de prioridades no lançamento dos projectos de PPPs e da eventual introdução de projectos que anteriormente não previstos.

Figura 3.5.1.4. – Ponto de situação dos projectos da segunda vaga de PPPs



Fonte: Simões (2005).

#### Definição do modelo de PPPs para o sector hospitalar

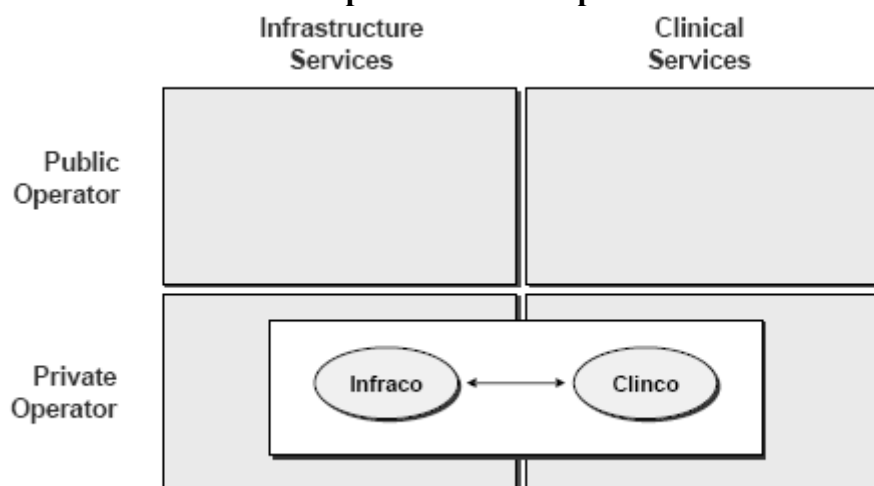
O modelo de PPPs adoptado no primeiro programa foi um contrato de gestão de

carácter duradouro com um parceiro de natureza privada, seleccionado no âmbito de um concurso público e competitivo, que engloba a concepção, construção, financiamento, conservação e exploração do edifício hospitalar, e ainda a gestão do hospital envolvendo a prestação dos serviços clínicos.

A parceria contempla duas entidades gestoras (de acordo com a figura seguinte) com:

- responsabilidades diferentes e delimitadas em articulação e complementaridade;
- objectos contratuais e operacionais diferenciados;
- horizontes contratuais distintos;
- mecanismos de pagamento que contempla duas modalidades, de modo a permitir uma adequada partilha de riscos com o parceiro privado.

Figura 3.5.1.5. – Modelo de PPPs para o sector hospitalar



Fonte: Simões (2005).

Assim, teremos:

- uma entidade gestora do edifício hospitalar, que assume a prestação dos serviços infraestruturais durante um período contratual previsível de trinta anos - Infraco
- uma entidade gestora do estabelecimento hospitalar assume a gestão hospitalar e a prestação de serviços clínicos por um período de dez anos - Clinco

Dentro deste modelo estrutural é deixada em aberto a lógica de afectação dos serviços logísticos e de apoio indirecto a uma ou a outra sociedade gestora (*hard and soft*



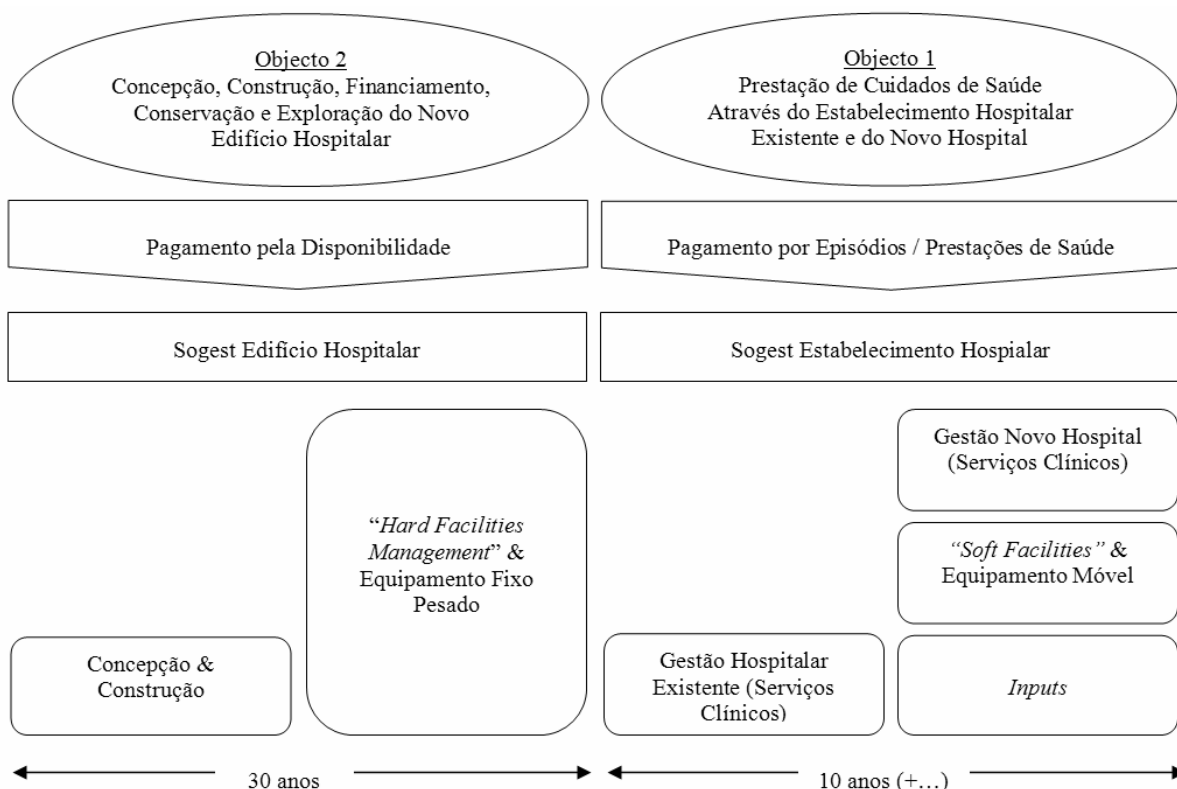
*facilities*). Durante a preparação do projecto PPP relativo ao novo hospital de Loures, as *soft facilities management* foram afectas à entidade gestora do estabelecimento hospitalar, sendo as *hard facilities management* da responsabilidade da entidade gestora do edifício hospitalar.

O modelo de PPPs desenhado para o primeiro programa de PPPs no sector da saúde em Portugal assenta na lógica de “um concurso público – um contrato de gestão – duas sociedades gestoras”.

### Dois objectivos / Dois mecanismos de pagamento

O nosso contracto representa uma união de dois contractos com dois objectivos principais. Para atingir esses objectivos têm que ser criadas duas sociedades gestoras, com responsabilidades diferentes, com duração de contractos diferentes e mecanismos de pagamento diferentes para cada tipo de objectivo.

Figura 3.5.1.6. – **Dois objectivos / Dois mecanismos de pagamento**



Fonte: Simões (2004a).

Para que exista uma adequada transferência de riscos, foi desenhado o seguinte mecanismo de pagamentos a efectuar pela entidade pública contratante:

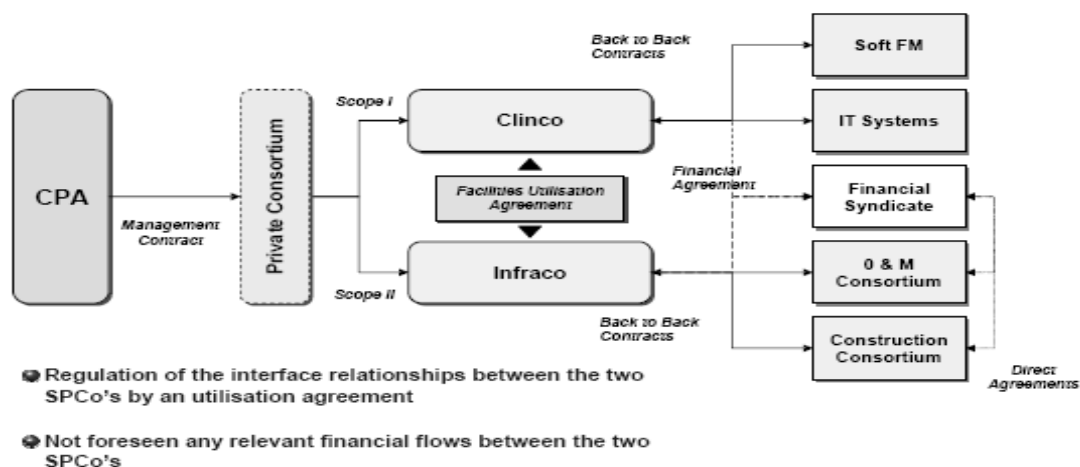
- Pagamento à Entidade Gestora do Edifício Hospitalar – baseado na disponibilidade do conjunto de serviços contratualizados, com penalizações e deduções ao pagamento relacionado com falhas de serviço e de qualidade.
- Pagamento à Entidade Gestora do Estabelecimento Hospitalar – baseado na produção clínica, por grandes linhas de actividade clínica (urgências, internamento, ambulatório), de acordo com uma tabela de preços pré-estabelecida, definida no âmbito de cada concurso, estando igualmente sujeita a penalizações e deduções por incumprimento.

Um modelo que assenta em duas sociedades gestoras necessita de uma boa interacção entre as duas e também de responsabilidade subsidiária.

### Estrutura Contratual

Pressupõe que o consórcio privado que concorra ao projecto produza uma solução integrada que crie duas sociedades gestoras e, que estabeleça mecanismos para regulamentar a relação entre a Clinco e a Infraco. Foi o modelo aplicado nos três primeiros projectos lançados (Loures, Braga e Cascais), e é também o modelo que vai ser aplicado no hospital de Vila Franca de Xira, mas pode acontecer que seja o último projecto a ser realizado sob este tipo de estrutura.

Figura 3.5.1.7. – Estrutural contratual das PPPs para o sector hospitalar português



Fonte: Simões (2005).

### 3.5.2. Evolução futura

#### Perspectivas futuras para as PPPs na saúde

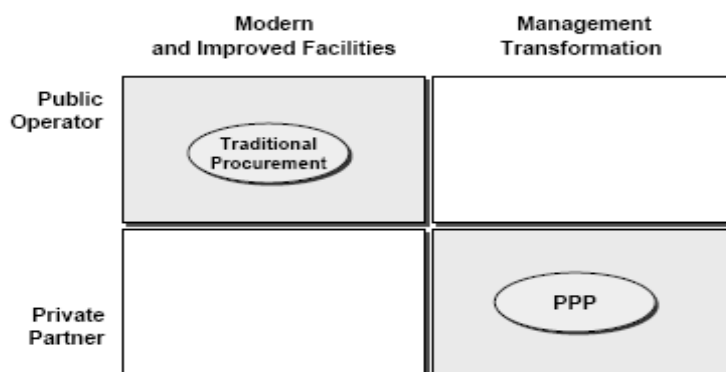
A afirmação anteriormente produzida de que o projecto do hospital de Vila Franca de Xira poderá vir a ser o último realizado segundo o modelo actual de PPPs, fundamenta-se na conjectura de que na segunda vaga de PPPs poderão coexistir estruturas contratuais diversas para os diferentes projectos, procurando-se dessa forma criar condições para maximizar o nível da eficiência de partilha de risco, objectivo central das PPPs.<sup>214</sup>

As principais estruturas contratuais a englobar na segunda vaga de PPPs são:

1. Modelo contratual de PPPs para gestão pura;

Neste tipo de modelo, a modernização ou melhoria das infra-estruturas será da responsabilidade do sector público, através de um contrato de concessão tradicional e a gestão da unidade de saúde será da responsabilidade de um agente privado (Ex. Hospital Fernando da Fonseca).

Figura 3.5 1 8 – Modelo contratual de PPPs para gestão pura



Fonte: Simões (2005).

2. Modelo de PPPs para infra-estruturas (exemplo, Hospital de Todos os Santos em Lisboa – é uma possibilidade);

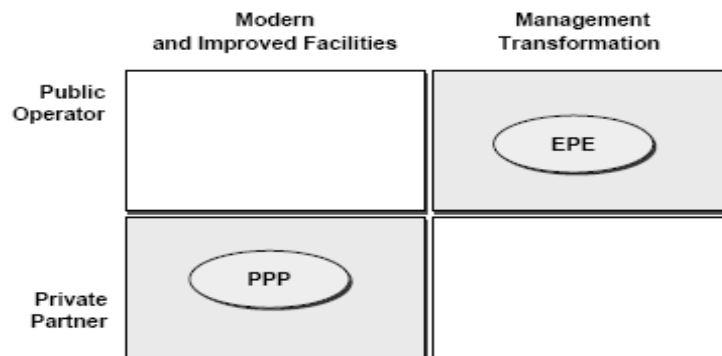
Modelo baseado no sistema do Reino Unido, onde o projecto de PPP tem

---

<sup>214</sup> Podendo existir riscos que uma das partes possa não poder acomodar, a afectação de tais riscos ao agente que melhor os consiga assumir será, em princípio, a solução menos ineficiente.

como base o modelo contratual *DBFO* para as infra-estruturas e serviços acessórios, e a gestão do hospital bem como a prestação dos serviços clínicos ser assegurada pelo sector público através de um Empresa Pública.

Figura 3.5.1.9. – **Modelo de PPPs para infra-estruturas**

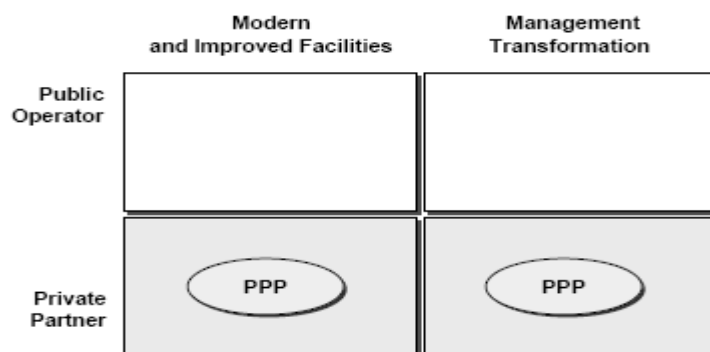


Fonte: Simões (2005).

### 3. Modelo de PPPs separado;

Modelo que fomenta a participação dos agentes privados nas duas áreas, mas de forma separada, com contractos separados.

Figura 3.5.1.10. – **Modelo de PPPs separado**

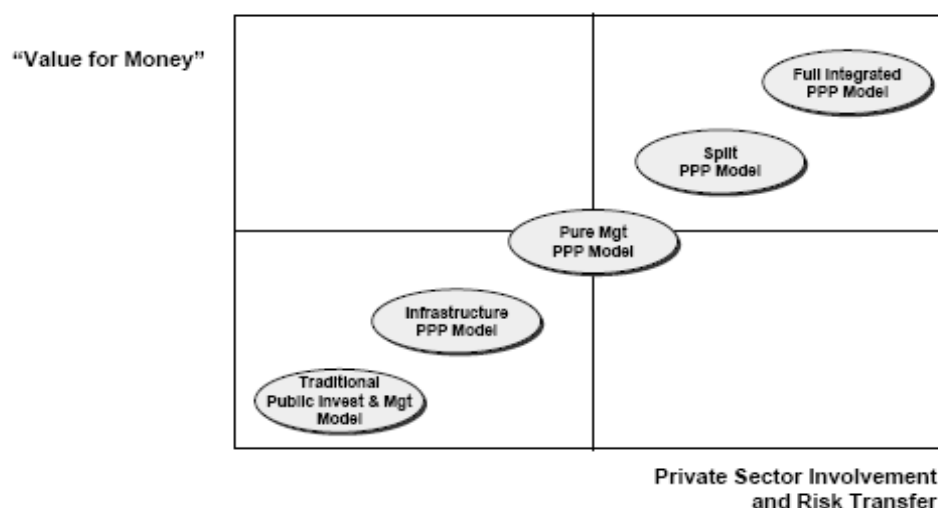


Fonte: Simões (2005).

Em resumo, efectuando a junção de todos os modelos anteriormente referidos iremos obter um ranking dos modelos PPPs, o qual nos vai permitir, em cada situação concreta, identificar qual o modelo contratual mais aconselhável, numa base do hiato *value*

*for Money* Versus envolvimento do sector privado e transferência de risco.

Figura 3.5.1.11. – **Ranking dos modelos contratuais de PPPs**



Fonte: Simões (2005).

Na perspectiva de Jorge Abreu Simões (2005), se continuarmos com o modelo actual de PPPs na área da saúde perspectivam-se maiores ganhos de *value for Money*, porque existe mais envolvimento do sector privado e mais transferência de risco para o mesmo. Mas, o *value for money* não deve ser o único factor de decisão e, é essa a ideia que é transmitida na figura anterior.

No que concerne à evolução futura das PPPs noutros sectores, António Macedo Vitorino (2005) e Armando Costa Manso (2005) identificam novas áreas de actuação:

- Educação;
- Estabelecimentos prisionais;
- Habitação social;
- Desenvolvimento urbano;

### **3.6. Análise empírica dos determinantes do recurso a PPPs na área da saúde**

Da discussão da literatura referente às PPPs na área da saúde, conclui-se que poderão existir um conjunto diferenciado de motivações que podem estar na origem da sua utilização como um veículo de financiamento de projectos em infra-estruturas a integrar no SNS.

Sendo o objectivo central da presente dissertação dar um contributo para um melhor conhecimento do tema referido, a principal questão de investigação empírica a que o trabalho pretende responder consiste na tentativa de identificar os determinantes que poderão influenciar o recurso a PPPs na área da saúde, numa amostra constituída por países da OCDE. Os resultados obtidos poderão contribuir para ajudar a compreender melhor o caso Português.

Através da discussão da literatura identificaram-se vários factores que, de forma isolada ou em conjunto, poderão explicar a realização deste tipo de operações. No capítulo II,<sup>215</sup> referenciam-se os elementos-chave que, em abstracto, podem influenciar o recurso a PPPs. A análise do caso português possibilitou o aprofundamento daquele estudo.

Sumariando, entende-se que os referidos factores podem ser agrupados em três conjuntos: o primeiro que se refere às restrições orçamentais da Administração Central do Estado decorrentes do excesso de despesa pública; segundo, o objectivo de obtenção de ganhos de eficiência na prestação dos serviços de saúde; e terceiro as carências em termos de novos equipamentos para a área da saúde.

#### **Hipóteses submetidas a teste empírico**

As restrições orçamentais derivadas, essencialmente, do Pacto de Estabilidade e Crescimento (PEC) que prevê que o défice das contas públicas não ultrapasse os três por cento do Produto Interno Bruto (PIB), podem condicionar os Governos no desempenho do papel do Estado enquanto “fornecedor” de bens públicos. Tais restrições orçamentais poderão ser mitigadas através da utilização das PPPs para realizar projectos que doutra forma não seriam concretizáveis, pelo menos num horizonte temporal de médio / longo

---

<sup>215</sup> Ver página 87-97.

prazo, por dificuldades de financiamento público [Teodora Cardoso (2004, p. 86); João Pontes Amaro (2004, p. 109); Francisco Pereira, Frederico Rangel, Pedro Jales (2002); Armando Costa Manso (2005); João Pontes Amaro (2004, p. 113); OCDE (2005a); OCDE (2005b); Stéphanie Guichard (2004); e Jorge Abreu Simões (2004, p. 29)]. Assim, formaliza-se a Hipótese 1 (H1) como existindo uma relação positiva entre as restrições orçamentais e a realização de PPPs.

De acordo com D'Souza e Megginson (1999) a transferência de empresas da propriedade do Estado para a propriedade privada por via de privatização traduz-se em ganhos significativos de eficiência.<sup>216</sup> Através de uma operação de PPP, o sector público como que “privatiza” a produção de bens públicos através da outorga de uma concessão para a exploração do projecto construído pelo seu parceiro privado. Neste sentido a utilização das PPPs na área saúde, para além dos factores idiossincráticos do sector, também pode induzir a obtenção de ganhos de eficiência na prestação dos serviços de saúde [Teodora Cardoso (2004, p. 86); José Emílio Nunes Pinto (2003); Jorge Abreu Simões (2004, p. 29); João Pontes Amaro (2004, p. 109); Francisco Pereira, Frederico Rangel, Pedro Jales (2002); OCDE (1998); e Stéphanie Guichard (2004)]. Nestes termos formula-se a Hipótese 2 (H2) como presumindo a existência de uma relação positiva entre o nível de ineficiência relativa na prestação de cuidados de saúde e a realização de PPPs nesse sector.

A carência de condições físicas para a prestação dos cuidados de saúde à população pode ocorrer quer pela assimetria espacial da distribuição das infra-estruturas, quer pela saturação da sua utilização. Em qualquer dos casos, tal situação fará sempre emergir a necessidade de construção de novos equipamentos. Num quadro de restrições orçamentais (e / ou de emissão de nova dívida pública) tais construções poderiam ser viabilizadas financeiramente através de uma PPP [Azevedo Sodré (2004); Jorge Abreu Simões (2004, p. 29); Demian Fiocca (2004); e Stéphanie Guichard (2004)]. A Hipótese 3 (H3) postula uma relação positiva entre as carências de construção de novas infra-estruturas e o recurso a PPPs.

---

<sup>216</sup> Sobre o mesmo assunto e no mesmo sentido veja-se, entre outros, Megginson (2004), Dewenter e Malatesta (2001), Vickers e Yarrow (1991) e Martin Stewart-Smith (1995).

### Especificação do modelo empírico

Para testar empiricamente as hipóteses atrás formuladas especificou-se o seguinte modelo:

$$Y_i = \beta_1 + \beta_2 X_1 + \beta_3 X_2 + \beta_4 X_3 + \beta_5 X_4 + \varepsilon_i$$

Onde  $Y_i$  designa uma variável dicotómica que assume o valor 1 a partir do ano que determinado país realiza PPPs na área da Saúde e 0 nos anos em que ocorre o acontecimento contrário. A variável  $X_1$  refere-se às Dificuldades Orçamentais; a variável  $X_2$  representa a situação quanto à Eficiência na Prestação de Cuidados de Saúde; A variável  $X_3$  a Carência de Equipamentos de Saúde; e a variável  $X_4$  o Período Anual.

### Especificação das variáveis:

Variável	Designação da variável
$Y_i$	<i>Um país já realizou ou não PPPs na área da saúde</i>
$X_1$	<i>Dificuldades Orçamentais</i>
$X_2$	<i>Situação quanto à Eficiência na Prestação de Cuidados de Saúde</i>
$X_3$	<i>Carência de Equipamentos de Saúde</i>
$X_4$	<i>Período Anual</i>

### Variável $X_1$ – Dificuldades Orçamentais

Para representar esta variável escolheu-se o indicador do Défice Público em relação ao PIB.

De acordo com a ficha técnica “*Public Finance - Government Deficits And Debt*” do *OECD FACTBOOK 2006*, de onde foram extraídos os dados relativos ao défice público usados no cálculo da variável  $X_1$ , define-se *Government Deficits* como “The net borrowing/net lending of the general government is the balancing item of the non-financial accounts (according to the 1993 *System of National Accounts*). It is also equal to the difference between total revenue and total expenditure, including capital expenditure (in particular, gross fixed capital formation). The main revenue



of general government consists of tax, social contributions, dividends and other property income. The main expenditure items consist of the compensation of civil servants, social benefits, interest on the public debt, subsidies and gross fixed capital formation". De referir que os dados recolhidos, referentes à variável anteriormente mencionada, já se encontram como uma percentagem do Produto Interno Bruto (*Gross Domestic Product (GDP)*), nos quais e de acordo com a ficha mencionada, os valores a negativo representam um défice.

O domínio desta variável é  $]-\infty, +\infty[$ , [ sendo que quanto mais negativo maiores as dificuldades orçamentais e, de acordo com a hipótese 1, maior a probabilidade de existirem PPPs na área da saúde. Deste modo o sinal esperado para o coeficiente da variável  $X_1$  é negativo.

### **Variável $X_2$ – Situação quanto à Eficiência na Prestação de Cuidados de Saúde**

Para captarmos os dados que constituíram a amostra para a variável  $X_2$ , utilizamos como indicador os “Gastos Totais na Saúde / Número total de Procedimentos Cirúrgicos a *In-patient*”. Após a obtenção dos dados tornou-se necessário efectuar a comparação do valor obtido para o indicador, com um valor de referência, para que pudéssemos concluir ou não pela existência de eficiência na Prestação de Cuidados de Saúde num determinado país. O valor de referência usado foi a media da OCDE para cada ano em estudo. Estabeleceu-se que quando a diferença entre o indicador “Gastos Totais na Saúde / Número total de Procedimentos Cirúrgicos a *In-patient*” para cada país em cada ano e a média dos países da OCDE para os quais existia informação disponível para o mesmo ano, for negativa, a interpretação efectuada foi a de que o país analisado apresenta uma ineficiência relativa na relação *Input / Output*. Sempre que aquela diferença foi positiva para a variável  $X_2$ , a interpretação efectuada foi a de que o país analisado apresenta uma eficiência relativa na relação *Input / Output*.

De acordo com a ficha técnica do *OECD HEALTH DATA 2004 - 3rd edition*, os Gastos Totais na Saúde são entendidos, como “the sum of expenditure on activities that – through application of medical, paramedical, and nursing knowledge and technology – has the goals of: Promoting health and preventing disease; Curing illness and reducing premature mortality; Caring for persons affected by chronic

illness who require nursing care; Caring for persons with health-related impairments, disability, and handicaps who require nursing care; Assisting patients to die with dignity; Providing and administering public health; Providing and administering health programmes, health insurance and other funding arrangements.

With this boundary, general public safety measures such as technical standards monitoring and road safety are not considered as part of expenditure on health.

Activities such as food and hygiene control and health research and development are considered health-related, but are not included in total health expenditure. Expenditures on those items are reported separately in the chapter on health-related functions".

O número total de Procedimentos Cirúrgicos a "In-patient" é definido pela OCDE, no *HEALTH DATA 2004 - 3rd edition*, como "Patients who are given invasive surgical treatment, whether on an emergency or elective basis, and who stay over at least one night in an in-patient institution". A Organização Mundial de Saúde (OMS) adopta para o cálculo do "*Total number of inpatient surgical procedures per year*" a definição da OCDE presente no *OECD HEALTH DATA 2000* "as a surgical operation or procedure that is performed with an overnight stay in an in-patient institution".

Tendo em consideração a especificação da variável  $X_2$  atrás exposta, conjugada com a formulação da hipótese dois, espera-se que o coeficiente desta variável apresente um sinal negativo.

### **Variável $X_3$ – Carência de Equipamentos de Saúde**

A variável  $X_3$  foi especificada como um diferencial entre o indicador "*Acute Care Beds* por 1000 Habitantes" para cada país e por cada ano e, a média dos países da OCDE para os quais se encontrou informação disponível para o mesmo ano. Quando o referido diferencial foi negativo traduziu-se no que foi interpretado como apresentando uma carência neste domínio. Quando ocorreu uma diferença positiva, esta foi interpretada como significando que não existiria carência de equipamentos de saúde nesse período.

De acordo com a ficha técnica do *OECD HEALTH DATA 2004 - 3rd edition*

relacionada com “Acute/ Long-term Care Beds”, este conceito é definida como “Beds for all types of medical care, excluding beds designated for same-day cases and for long-term care. It includes beds for rehabilitation, palliative care and acute psychiatric care.

Alternatively, acute care beds have been defined in previous versions of OECD Health Data as beds accommodating patients in a hospital or hospital department whose average length of stay is 30 days or less until the 1980s and 18 days or less thereafter.”

Em consonância com a especificação da variável  $X_3$  atrás exposta, conjugada com a formulação da hipótese três, espera-se que o coeficiente desta variável apresente um sinal negativo.

### **Definição do período amostral**

O período amostral foi definido entre 1995 e 2003, ambos inclusive. O período inicial foi escolhido em face da disponibilidade de dados para Portugal nas fontes utilizadas, uma vez que foi entendido como objectivo assegurar a compatibilidade dos dados, o que poderia estar em causa se para a mesma variável fossem utilizadas várias fontes. O ano de 2003 é o último para o qual existem dados disponíveis.

### **Definição da amostra**

Foram incluídos na amostra todos os países que, em 2006, integravam a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE): Austrália, Áustria, Bélgica, Canada, República Checa, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Islândia, Irlanda, Itália, Japão, Coreia, Luxemburgo, México, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Polónia, Portugal, Eslováquia, Espanha, Suécia, Suíça, Turquia, Reino Unido e Estados Unidos da América.

Foram excluídos desta amostra os países para os quais não se dispunha de informação para alguma das variáveis incluídas no modelo especificado no período amostral definido, de acordo com o exposto na secção seguinte.

### **Descrição dos dados**

Os dados para o teste empírico foram obtidos:

- a) para a variável “Défice Público / Produto Interno Bruto” a partir do *Factbook 2006: Economic, Environmental and Social Statistics da OCDE*. Para a referida variável, os dados que serão usados na estimação do modelo econométrico proposto, foram retirados da ficha técnica “*Public Finance – Government Deficits And Debt*”, não existindo dados para nenhum dos anos constantes do período amostral referentes aos seguintes países: México e Turquia. Para além dos países anteriormente referidos, também não foram considerados para estimação os seguintes países: Bélgica, Grécia, Islândia, Japão, Coreia, Nova Zelândia, Noruega, Polónia e Suíça, por motivos relacionados com a inexistência de dados referentes às restantes variáveis, como a seguir se enunciará.

Com os dados recolhidos foi construída a amostra para a variável  $X_1$  e que consta na tabela 3.6.1 abaixo:

Tabela 3.6.1. – Variável  $X_1$

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Austrália	-3,86	-2,19	-0,42	0,71	2,10	0,92	-1,06	0,28	0,79
Áustria	-5,75	-4,02	-1,85	-2,41	-2,28	-1,63	-0,05	-0,62	-1,32
Canada	-5,33	-2,80	0,19	0,08	1,61	2,94	0,66	-0,10	0,00
Czech Republic	-13,39	-3,08	-2,44	-5,02	-3,65	-3,65	-5,92	-6,75	-12,45
Denmark	-2,85	-1,93	-0,50	-0,01	1,40	2,27	1,18	0,32	-0,02
Finland	-3,83	-2,92	-1,24	1,63	2,16	7,06	5,16	4,24	2,32
France	-5,48	-4,06	-2,98	-2,62	-1,74	-1,48	-1,56	-3,17	-4,20
Germany	-3,20	-3,33	-2,64	-2,18	-1,46	1,31	-2,82	-3,70	-3,99
Hungary	-7,56	-5,87	-7,24	-8,04	-5,62	-3,01	-3,55	-8,41	-6,37
Ireland	-2,05	-0,11	1,45	2,27	2,39	4,40	0,82	-0,39	0,19
Italy	-7,59	-7,10	-2,70	-3,10	-1,77	-0,67	-3,20	-2,89	-3,26
Luxembourg	2,59	2,25	3,00	3,34	3,49	6,08	6,07	2,11	0,20
Netherlands	-3,99	-1,75	-1,07	-0,73	0,63	2,11	-0,25	-1,99	-3,16
Portugal	-5,27	-4,60	-3,43	-3,04	-2,77	-2,95	-4,30	-2,85	-2,91
Slovak Republic	-0,86	-7,40	-6,18	-3,77	-7,14	-12,31	-6,58	-7,76	-3,78
Spain	-6,29	-4,68	-2,87	-2,96	-0,93	-0,89	-0,52	-0,29	-0,05
Sweden	-6,93	-2,79	-1,02	1,92	2,35	5,03	2,58	-0,52	-0,09
United Kingdom	-5,84	-4,20	-2,20	0,06	1,03	3,80	0,72	-1,68	-3,34
United States	-3,14	-2,18	-0,79	0,43	0,85	1,62	-0,39	-3,79	-4,95

Nota: negative figure indicates a deficit.

Fonte: adaptado do OECD Factbook 2006: Economic, Environmental and Social Statistics  
Public finance - government deficits and debt - government deficits  
Government net borrowing / net lending  
As a percentage of GDP

- b) para a variável “Gastos Totais na Saúde / Número total de Procedimentos Cirúrgicos a “In-patient””, a partir, essencialmente, do *OECD HEALTH DATA 2004, 3rd edition* e do *World Health Statistics 2005* da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os dados relativos aos Gastos Totais na Saúde foram obtidos através do *OECD HEALTH DATA 2004, 3rd edition*, sendo que os dados de 2003, de acordo com a citada fonte bibliográfica, são, à excepção da Noruega, Nova Zelândia, Itália, Dinamarca e Canada, dados extrapolados do ano de 2002 (Anexo 1). Contudo, são dados que espelham a continuidade e que demonstram que não existiram diferenças significativas no indicador em estudo. Para obtermos uma série de dados completa, para todos os anos constantes do período amostral, bem como para todos os países da OCDE supra citados, esta teve que ser preenchida com os seguintes dados:

- para a Austrália e Japão referentes ao ano de 2003, dados que se preencheram recorrendo ao estabelecimento de uma igualdade relativamente ao ano de 2002;
- para a Republica Eslovaca referente ao ano de 1995, dado que se preencheu recorrendo a uma igualdade relativamente ao ano de 1996;
- para a Turquia referentes aos anos de 2002 e 2003, dados que se preencheram recorrendo ao estabelecimento de uma igualdade relativamente ao ano de 2001;

Relativamente ao Número total de Procedimentos Cirúrgicos a “In-patient”, estes dados foram obtidos através de um cruzamento de duas fontes bibliográficas citadas. Primeiramente recorreu-se ao *OECD HEALTH DATA 2004, 3rd edition* obtendo-se os dados referentes ao Número Total de Procedimentos Cirúrgicos em “In-Patient Cases” (Anexo 2) mas, com alguns dados em falta, como são os casos:

- Da Áustria, que não revela dados de 1995 nem de 2003; Da Bélgica, França, Japão, Coreia, Noruega, Polónia, Republica Eslovaca, que não detêm quaisquer dados expressos relativamente ao indicador referido; Do Canadá, relativamente ao ano de 2003; Da Alemanha e da Grécia, que não têm dados expressos de 2001 a 2003 inclusive; Da Hungria e da Nova Zelândia, relativamente ao ano de 1995; Da Islândia, que só têm dados expressos de 1997 a 1999 inclusive; Do México e de Portugal, que não detêm informação de 1995 a 1998 inclusive; Da Espanha, relativamente aos anos de 2002 e 2003; e, da Suíça que não detêm informação expressa de 1995 a 2000 inclusive.

Mas, esta informação foi completada e actualizada com recurso a dados do *World Health Statistics 2005* da OMS (Anexo 3), dados estes, como já foi anteriormente referido, que foram obtidos tendo como base a definição da OCDE relativamente a Procedimentos Cirúrgicos em “In-Patient Cases” e que na maioria dos casos eram coincidentes com os do *OECD HEALTH DATA 2004, 3rd edition*, o que nos possibilitou efectuar a anterior complementaridade, presente no Anexo 4.

Relativamente às faltas de dados anteriormente referidas, que tinham que ser preenchidas, destacam-se as referentes aos seguintes países:

- Áustria – foram considerados os dados do *World Health Statistics 2005*, por serem coincidentes nos demais anos com os da OCDE e por serem mais actuais em 2002 e 2003; Relativamente ao ano de 1995, para efeitos de cálculo, foi considerado o mesmo valor do que em 1996;

- Canadá – no que concerne ao ano de 2003, para efeitos de cálculo, foi considerada uma igualdade relativamente ao ano de 2002;

- Alemanha – conforme o referido anteriormente, não detinha dados expressos para os anos de 2001 a 2003 inclusive, logo, foram considerados os dados do *World Health Statistics 2005* visto que os dados para os restantes anos eram coincidentes;

- Grécia – os dados disponíveis no *World Health Statistics 2005* (apenas para os anos de 1996 e 1997) são coincidentes com os da OCDE, mas não se detêm dados expressos relativos a 2001, 2002 e 2003, o que inviabiliza a sua utilização para a estimação dos parâmetros da Regressão;

- Hungria – para completar a série amostral, foi considerada uma igualdade do dado de 1995 relativamente ao de 1996;

- Islândia – como havia sido referido, no conjunto das duas fontes bibliográficas apenas detem dados de 1997 a 1999 inclusive, o que impossibilitará a sua utilização para a estimação dos parâmetros;

- Nova Zelândia – para completar a série amostral foi necessário considerar o valor de 1995 igual ao de 1996;

- Eslováquia – não existindo dados expressos no *OECD HEALTH DATA 2004, 3rd edition* para o referido indicador e país, foi necessário trabalhar com os da OMS, tendo sido necessário extrapolar o valor para 1995, considerando-o igual ao de 1996;

- Portugal – não detendo, como já foi referido, dados de 1995 a 1998 inclusive, e detendo a série de dados completos da OMS, existindo uma disparidade irrelevante entre as fontes, foram considerados os da OMS;

- Espanha – detendo os valores da OCDE e da OMS, que correspondiam com exactidão, consideraram-se os da OMS por serem de uma fonte mais recente. Relativamente ao ano de 2003, para efeitos de cálculo, foi considerada uma igualdade do dado relativamente ao de 2002;

- Turquia – detendo os valores da OCDE e da OMS, que correspondiam com exactidão, consideraram-se os da OMS por serem de uma fonte mais recente, e por estarem mais actualizados relativamente ao valor de 2003, à excepção do dado de 1995 em que foi considerado o valor expresso no *OECD HEALTH DATA 2004, 3rd edition*.

De acordo com a conjugação efectuada e referida anteriormente, continuaram a existir países sem quaisquer dados expressos (nas fontes bibliográficas anteriormente designadas) relativamente ao indicador referido logo, tentamos, junto das embaixadas dos países anteriormente mencionados, obter dados referentes aos itens em falta para completar a amostra. Os dados que obtivemos foram:

- referentes aos anos de 1998<sup>217</sup> e 2003<sup>218</sup> para a Bélgica;

---

<sup>217</sup> Fonte: [http://www.statbel.fgov.be/pub/d3/p363y2000\\_fr.pdf](http://www.statbel.fgov.be/pub/d3/p363y2000_fr.pdf)

<sup>218</sup> Fonte: [http://www.statbel.fgov.be/pub/d3/p363y2003\\_fr.pdf](http://www.statbel.fgov.be/pub/d3/p363y2003_fr.pdf)

- para a França referente aos anos de 1996 a 2003<sup>219</sup> inclusive; tendo sido extrapolado o dado de 1995, recorrendo ao estabelecimento de uma igualdade com o ano de 1996;

- para o México na totalidade do período amostral<sup>220</sup>;

Para os restantes países, para os quais não foi possível recolher os dados necessários, mesmo recorrendo à consulta nos *websites* de instituições oficiais, gentilmente facultados pelas embaixadas dos referidos países, não foi possível obter os dados em falta.

Os países para os quais não se reuniram dados para a totalidade do período amostral e, como tal não foram considerados para a estimação do modelo empírico são os seguintes: Bélgica, Grécia, Islândia, Japão, Coreia, Noruega, Polónia, e Suíça. Para além dos países referidos, também não foram considerados para efeitos de estimação os países: México, Turquia, e Nova Zelândia, porque os mesmos não apresentam dados relativamente a alguma ou à totalidade das restantes variáveis, como se poderá constar pelo exposto anteriormente e, pelo que em seguida irá ser referido.

Com os dados recolhidos foi construída a amostra para a variável  $X_2$  e que consta na tabela 3.6.2 abaixo:

---

<sup>219</sup> Fonte: [http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/1999/act\\_comp/act\\_comp60.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/1999/act_comp/act_comp60.htm)

<sup>220</sup> Fonte: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msal27&c=6076>



Tabela 3.6.2. – Variável  $X_2$

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Austrália	-0,01071	-0,00945	-0,00888	0,01053	0,01142	0,01360	0,01390	0,01158	0,01083
Áustria	-0,02034	-0,02080	-0,02325	-0,01521	-0,01640	-0,01766	-0,01947	-0,02134	-0,02227
Canada	-0,01538	-0,01558	-0,01501	-0,00440	-0,00496	-0,00489	-0,00387	-0,00351	-0,00272
Czech Republic	-0,01950	-0,02092	-0,02190	-0,01431	-0,01640	-0,01774	-0,01798	-0,02025	-0,02099
Denmark	-0,01148	-0,01298	-0,01244	-0,00240	-0,00208	-0,00303	-0,00294	-0,00550	-0,00474
Finland	-0,01283	-0,01271	-0,01309	-0,00425	-0,00483	-0,00514	-0,00352	-0,00397	-0,00471
France	-0,01421	-0,01493	-0,01541	-0,00593	-0,00674	-0,00645	-0,00567	-0,00506	-0,00559
Germany	0,00410	0,00420	-0,00350	0,00410	0,00090	-0,00056	-0,00794	-0,00884	-0,00803
Hungary	-0,02993	-0,03141	-0,03261	-0,02367	-0,02632	-0,02867	-0,03061	-0,03252	-0,03326
Ireland	-0,01738	-0,01910	-0,01969	-0,01133	-0,01419	-0,01629	-0,01728	-0,01644	-0,01718
Italy	-0,00432	-0,00408	-0,00444	0,00257	0,00101	0,00213	0,00160	0,00345	0,00378
Luxembourg	-0,01869	-0,01930	-0,02239	-0,01242	-0,01101	-0,01319	-0,01323	-0,01441	-0,01515
Netherlands	0,00566	0,00631	0,00769	0,01988	0,02155	0,02424	0,03004	0,03174	0,03100
Portugal	-0,01507	-0,01555	-0,01678	-0,00832	-0,00790	-0,00629	-0,00766	-0,00985	-0,01271
Slovak Republic	0,03437	0,03288	0,03512	0,05065	0,05950	0,06135	0,06394	0,07479	0,08458
Spain	-0,01375	-0,01517	-0,01470	-0,00431	-0,00437	-0,00555	-0,00558	-0,00558	-0,00632
Sweden	-0,00448	-0,00413	-0,00189	0,00845	0,00901	0,00868	0,00875	0,00811	0,00737
United Kingdom	0,15658	0,16557	0,17494	-0,00691	-0,00637	-0,00568	-0,00427	-0,00454	-0,00528
United States	0,00737	0,00714	0,00822	0,01728	0,01818	0,02114	0,02176	0,02212	0,02138

- c) para a variável “*Acute Care Beds*” por 1000 Habitantes, a partir do *OECD HEALTH DATA 2004, 3rd edition*, *OECD HEALTH DATA 2005* e do *World Health Statistics 2005* da OMS. Inicialmente efectuou-se uma comparação entre os dados resultantes do *OECD HEALTH DATA 2005* (Anexo 5 - que nos dava informação sobre os anos de 2000 a 2003 inclusive, anos que se encontram dentro do nosso período amostral) e os dos *OECD HEALTH DATA 2004, 3rd edition* (Anexo 6 - que incluía dados sobre todos os anos constantes do período amostral), existindo uma equivalência quase total dos dados das duas fontes, optando-se por utilizar os dados resultantes do *OECD HEALTH DATA 2004, 3rd edition* por serem mais completos e por representarem uma continuidade na utilização de uma fonte bibliográfica relativamente aos dados utilizados para as outras variáveis.

Mas, faltavam-nos dados, nomeadamente:

- a) de 1998 e 1999 para a Bélgica;
- b) de 1995 a 1999, inclusive, para a Alemanha;
- c) de 2001 a 2003, inclusive, da Grécia;
- d) de 1996 a 2003, inclusive, da Islândia;
- e) de 1995 a 1999, inclusive, do Japão;

- f) de todo o período amostral da Nova Zelândia;
- g) de 1995 da Republica Eslovaca;
- h) de 1999 da Espanha;

Para resolução do problema dos dados em falta, recorreu-se ao indicador “Acute care hospital beds per 100000” da OMS - *World Health Statistics 2005* (Anexo 7), tendo-se dividido este indicador por cem para pudermos obter dados compatíveis com os restantes que eram respeitantes a “Acute Care Beds” por 1000 Habitantes”:

- Bélgica - foi substituída toda a série de dados de 1995 a 2003 inclusive, pelos dados constantes do *World Health Statistics 2005*, não existindo assim qualquer problema em termos de continuidade da série temporal;

- Alemanha - visto que os anos em que existiam dados das duas fontes bibliográficas, estes eram exactamente iguais, decidiu-se, pela mesma razão invocada no caso da Bélgica, utilizar toda a série temporal constante do *World Health Statistics 2005*;

- Grécia, Islândia, Japão e Nova Zelândia - os dados constantes do *World Health Statistics 2005* não acrescentam nenhuma informação adicional com vista à resolução das situações anteriormente apresentadas;

- Republica Eslovaca e Espanha - visto que os dados constantes do *World Health Statistics 2005* não eram coincidentes com os do *OECD HEALTH DATA 2004, 3rd edition*, optou-se por extrapolar os dados em falta, recorrendo ao ano posterior no caso Republica Eslovaca e ao ano anterior no caso da Espanha;

Os países para os quais não se reuniram dados para a totalidade do período amostral no que se refere à variável  $X_3$  e, como tal, não foram considerados para a estimação do modelo empírico são os seguintes: Grécia, Islândia, Japão e Nova Zelândia. Para além dos países referidos, também não foram considerados para efeitos de estimação, os países anteriormente referidos e para os quais não foi encontrada informação estatística referentes às variáveis anteriormente mencionadas, para a totalidade do período amostral.

Os cálculos efectuados para construir a amostra para a variável  $X_3$ , para efeitos de estimação do modelo econométrico proposto, encontram-se expressos na seguinte tabela:

Tabela 3.6.3. – Variável  $X_3$

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Austrália	-0,59	-0,62	-0,52	-0,55	-0,55	-0,46	-0,52	-0,52	-0,51
Áustria	1,81	1,88	1,98	1,95	2,05	2,04	1,98	1,98	1,89
Canada	-0,49	-0,72	-0,62	-0,65	-0,95	-0,96	-1,02	-0,92	-0,91
Czech Republic	2,41	2,18	2,28	2,25	2,25	2,34	2,28	2,38	2,39
Denmark	-0,89	-0,92	-0,82	-0,85	-0,85	-0,76	-0,82	-0,72	-0,71
Finland	-0,79	-1,02	-1,72	-1,85	-1,85	-1,86	-1,82	-1,82	-1,81
France	-0,19	-0,22	-0,12	-0,15	-0,15	-0,16	-0,22	-0,22	-0,31
Germany	2,67	2,53	2,55	2,52	2,54	2,55	2,50	2,51	2,46
Hungary	2,21	2,18	1,78	1,95	1,95	2,04	1,78	1,78	1,79
Ireland	-1,59	-1,52	-1,42	-1,35	-1,35	-1,26	-1,22	-1,12	-1,11
Italy	0,71	0,98	0,68	0,55	0,15	0,04	0,38	-0,22	-0,21
Luxembourg	1,41	1,38	1,48	1,55	1,55	1,64	1,68	1,68	1,59
Netherlands	-0,99	-1,02	-0,82	-0,75	-0,75	-0,76	-0,92	-0,92	-0,91
Portugal	-1,49	-1,32	-1,42	-1,15	-1,05	-0,96	-1,02	-1,02	-1,01
Slovak Republic	1,71	1,78	1,68	1,65	1,75	1,64	1,38	1,38	1,79
Spain	-1,79	-1,72	-1,52	-1,55	-1,30	-1,46	-1,02	-1,02	-1,01
Sweden	-1,79	-1,92	-1,82	-1,85	-1,85	-1,86	-1,82	-1,72	-1,71
United Kingdom	-0,79	-0,42	-0,22	-0,35	-0,25	-0,36	-0,32	-0,22	-0,41
United States	-1,49	-1,52	-1,42	-1,35	-1,35	-1,36	-1,32	-1,22	-1,31

Para que o grupo de dados esteja pronto para se puder efectuar a estimação dos parâmetros, será necessário preencheremos os dados relativos à nossa variável explicada, ou seja, será necessário sabermos se a variável explicada tomará para um determinado país o número um, que equivale a dizer que um país já efectuou PPP's na área da saúde, ou zero, quando um país não efectuou nenhuma PPP na área da saúde.

No sub capítulo 3.4., mais concretamente no ponto 3.4.1., já foi abordada a questão dos países que têm em decurso projectos de PPPs na área da saúde. A referida abordagem tomou em consideração, principalmente, as experiências mais marcantes e dispare de PPPs na área da saúde, no panorama Europeu e Internacional.

Para complementar toda a informação anteriormente referida, no que concerne à tentativa de resposta à questão: Quais dos países alvos do nosso estudo é que já realizaram ou não PPPs na área da saúde?, existem duas fontes bibliográficas que não poderiam deixar de ser alvo de referência, visto que constituem um “resumo” da difusão das PPPs, essencialmente na Europa, para além do facto de serem emanadas por duas entidades de muita credibilidade, embora actuando ambas como agentes difusores de informação mas, com objectivos diferenciados, são elas: o *European Investment Bank* (EIB) e a consultora *Pricewaterhouse Coopers*.

De acordo com um estudo publicado pelo *European Investment Bank* (2004, p. 14), denominado *The EIB's role in Public-Private Partnerships (PPPs)*, é apresentado um sumário (dos países pertencentes à União Europeia e também de quatro países pertencentes à EFTA (*European Free Trade Association*): Bulgária, Roménia, Turquia e Noruega) do “andamento” dos processos de PPPs por país e por sector, conforme apresentado no anexo 8. Este estudo, realizado em parceria com a *Pricewaterhouse Coopers* e, publicado pela referida consultora: primeiramente num estudo denominado de *Developing Public Private Partnerships in New Europe*, em que é apresentado na página onze do referido estudo<sup>221</sup> um esquema semelhante ao publicado pelo EIB;e, posteriormente esse mesmo esquema foi apresentado na página sessenta e oito de uma colectânea de textos sobre PPPs, intitulada *Global PPP / Infrastructure Yearbook 2005*, permitiu-nos avaliar quais os países que já haviam realizado PPPs na área da saúde nos anos que fazem parte do nosso período amostral (1995 a 2003 inclusive).

Relativamente à recolha dos dados referentes à variável explicada ( $Y_i$ ), como poderemos constatar pela análise da tabela seguinte, não nos foi possível encontrar dados amostrais para os seguintes países: Islândia, Coreia, México e Nova Zelândia. Para além destes, também não foram considerados, para efeitos de estimação, os países para os quais não se conseguiram reunir dados referentes à totalidade do período amostral, no que concerne às variáveis anteriormente referidas.

Os cálculos efectuados para determinar o valor da variável  $Y_i$ , para efeitos de estimação do modelo econométrico proposto, encontram-se expressos na seguinte tabela:

---

<sup>221</sup> Estudo apresentado por Adrian Howcroft (2005), numa conferência intitulada “UNECE PPP Conference”.

Tabela 3.6.4. – Variável  $Y_i$

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Australia	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Áustria	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Canada	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Czech Republic	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Denmark	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Finland	0	0	0	0	0	0	0	0	0
France	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Germany	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hungary	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ireland	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Italy	0	0	0	0	1	1	1	1	1
Luxembourg	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Netherlands	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Portugal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Slovak Republic	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Spain	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sweden	0	0	0	0	0	0	0	0	0
United Kingdom	1	1	1	1	1	1	1	1	1
United States	0	0	0	0	0	0	0	0	0

recorreu-se ao método de estimação da regressão logística (*logit*). Tal opção ficou a dever-se ao facto de o modelo probabilístico linear, procedimento mais simplificado no tratamento deste tipo de problemas de estimação, apresentar debilidades que não devem ser ignoradas.

As referidas debilidades são:

- A “não” normalidade da distribuição dos erros;
- Variâncias heterocedásticas das distribuições;
- O “não” preenchimento da condição  $0 \leq E(Y_i/X_i) \leq 1$ ;
- Debilidade relacionada com o facto do  $R^2$  (coeficiente de determinação) ser um valor questionável como medida mais correcta do ajuste.

Analisando as debilidades anteriormente referidas, podemos constatar que:

- no que se refere à “não” normalidade da distribuição dos erros, esta debilidade pode ser atenuada, porque, à medida que o tamanho da amostra cresce indefinidamente, pode ser demonstrado que os estimadores obtidos por intermédio do método dos mínimos quadrados ordinais tendem a ser normalmente distribuídos. É também referido por Gujarati (2003) que, devido à anterior constatação, em grandes amostras, a inferência estatística do modelo de probabilidade linear irá seguir os procedimentos normais do método dos mínimos quadrados ordinais sub a

assumpção da normalidade;

- para ultrapassar a debilidade associada às “variâncias heterocedásticas das distribuições”, Gujarati (2003) refere que existem vários métodos para lidar com problemas de heterocedasticidade. Verificando-se que a variância dos erros depende do valor esperado Y que por sua vez depende do valor de X, uma forma de resolver o problema da heterocedasticidade é transformar a base de dados, dividindo ambos os lados do modelo por  $\sqrt{w_i}$ , ou seja,

$$\frac{Y_i}{\sqrt{w_i}} = \frac{\beta_1}{\sqrt{w_i}} + \beta_2 \frac{X_i}{\sqrt{w_i}} + \frac{\mu_i}{\sqrt{w_i}}$$

Após a anterior transformação, o termo de perturbação será agora homocedástico e,  $E(Y_i/X_i)$  será desconhecido visto que  $w_i$  também o é. Para estimar o  $w_i$ , Gujarati (2003) refere que se poderá utilizar o seguinte procedimento, em dois passos:

Passo um – “correr” a regressão através do método dos mínimos quadrados ordinais, apesar do problema de heterocedasticidade, para obter a estimativa de  $Y_i$  e depois, obter a estimativa de  $w_i$  efectuado a seguinte operação  $w_i = Y_i(1 - Y_i)$  (estimativas).

Passo dois – usar a estimativa de  $w_i$  para transformar o seguinte modelo

$$\frac{Y_i}{\sqrt{w_i}} = \frac{\beta_1}{\sqrt{w_i}} + \beta_2 \frac{X_i}{\sqrt{w_i}} + \frac{\mu_i}{\sqrt{w_i}} \text{ e, “correr” a regressão alterada através do método}$$

dos mínimos quadrados ordinais.

- relativamente à debilidade relacionada com o facto do  $R^2$  (coeficiente de determinação) ser um valor questionável como medida mais correcta do ajuste, Gujarati (2003) refere que, alguns autores defendem que em modelos com uma *dummy* como variável dependente, deve-se evitar o uso do coeficiente de determinação como estatística sumária.

- a resolução da debilidade referente ao “não preenchimento da condição  $0 \leq E(Y_i/X_i) \leq 1$ ” será a que mais justificará a utilização do método de estimação da regressão logística (*logit*), visto que  $E(Y_i/X_i)$ , o modelo de probabilidade linear, mede a probabilidade condicional de o evento Y ocorrer dado X e, tem que estar

necessariamente entre zero e um. Este é o real problema da estimação do modelo de probabilidade linear com recurso ao método dos mínimos quadrados ordinais. Uma forma de garantir que a condição referida anteriormente é cumprida, passa pela utilização de uma técnica de estimação que garantirá que a estimativa de  $Y_i$  se situará entre zero e um. Exemplos dessas técnicas são os dos modelos *logit* e *probit*<sup>222</sup>.

## Resultados

Após a estimação do Modelo Empírico pelo método de estimação da regressão logística (*logit*), recorrendo ao *software* SPSS 10.0, do qual resultou a seguinte tabela (3.6.5.) com o resumo das estimativas dos  $\beta$ 's, estamos em condições de interpretar os resultados da regressão e, tirar conclusões.

Tabela 3.6.5. – Quadro resumo da estimação da regressão logística (*logit*)

	<u>B</u>	<u>S.E.</u>	<u>df</u>	<u>Sig.</u>	<u>Exp (B)</u>
<u>X2</u>	<u>28,457</u>	<u>8,088</u>	<u>1</u>	<u>0,000</u>	<u>2,28E+12</u>
<u>X3</u>	<u>-0,056</u>	<u>0,245</u>	<u>1</u>	<u>0,819</u>	<u>0,945</u>
<u>X1</u>	<u>0,093</u>	<u>0,103</u>	<u>1</u>	<u>0,365</u>	<u>1,097</u>
<u>X4</u>	<u>0,264</u>	<u>0,131</u>	<u>1</u>	<u>0,043</u>	<u>1,302</u>
<u>Constant</u>	<u>-529,499</u>	<u>261,090</u>	<u>1</u>	<u>0,043</u>	<u>0,000</u>

De acordo com a tabela 3.6.5, na segunda coluna estão expressas as estimativas dos  $\beta$ 's e, na quinta coluna, estão inscritos os níveis de significância de cada variável, o que nos permite especificar o modelo estimado:

$$Y_i = -529,499 + 0,093X_1 + 28,457X_2 - 0,056X_3 + 0,264X_4 + \varepsilon_i$$

Será conveniente analisarmos, agora que o modelo está estimado, o diferencial entre o sinal esperado para o coeficiente das variáveis e o sinal realmente obtido para o referido coeficiente. Na tabela seguinte é apresentado um resumo referente ao referido

<sup>222</sup> Veja-se entre outros Gujarati (2003) e Pindyck e Rubinfeld (1998).

diferencial.

Tabela 3.6.6. – Quadro que expressa o diferencial entre o sinal esperado para o coeficiente das variáveis e o sinal realmente obtido para o referido coeficiente

Variável	Especificação da variável	Sinal esperado para o coeficiente	Sinal obtido para o coeficiente
$X_1$	<i>Défice Público / PIB</i>	-	+
$X_2$	“Gastos Totais na Saúde / Número total de Procedimentos Cirúrgicos a In-patient”	-	+
$X_3$	“Acute Care Beds por 1000 Habitantes”	-	-

Analisando os níveis de significância das principais variáveis, podemos constatar que para a variável  $X_2$  o referido nível é de 100 %, ou seja, a variável é estatisticamente significativa a 100 %. A variável  $X_3$  é estatisticamente significativa a 18,10%, enquanto que a variável  $X_1$  é estatisticamente significativa a 63,50%, ou seja, as variáveis  $X_3$  e  $X_1$  não são variáveis estatisticamente significativas. Esta constatação permitiu-nos verificar que a variável mais “forte” na explicação do modelo é:

- A variável  $X_2$  - Situação quanto à Eficiência na Prestação de Cuidados de Saúde, embora que o sinal esperado para o coeficiente da variável, seja diferente do sinal obtido.

Para eliminar quaisquer “poeiras” da estimação, no que concerne ao resultado do coeficiente e nível de significância da variável  $X_2$ , estimou-se um modelo empírico que tinha como única variável explicativa “Situação quanto à Eficiência na Prestação de Cuidados de Saúde” – variável  $X_2$ . Os resultados obtidos estão representados na tabela seguinte:

Tabela 3.6.7. – Quadro resumo da estimação da regressão logística (*logit*) com apenas uma variável explicativa - variável  $X_2$

	<u>B</u>	<u>S.E.</u>	<u>df</u>	<u>Sig.</u>	<u>Exp (B)</u>
<u>X2</u>	<u>22,878</u>	<u>7,086</u>	<u>1</u>	<u>0,001</u>	<u>8,63E+09</u>
<u>Constant</u>	<u>-2,452</u>	<u>0,293</u>	<u>1</u>	<u>0,000</u>	<u>0,086</u>



A análise do modelo regressão logística (*logit*) com apenas uma variável explicativa (variável  $X_2$ ) permitiu-nos constatar que o nível de significância da variável  $X_2$  se manteve, o que confirma os resultados obtidos aquando da estimação do modelo com todas as variáveis explicativas.

Interpretando as estimativas, permitiu-nos retirar as seguintes conclusões:

- $\beta_1 = -529,499 \rightarrow$  probabilidade que um país com défice orçamental nulo, com ineficiência na Prestação de Cuidados de Saúde, com carência de equipamentos de saúde e com um período anual nulo realize uma PPP na área da saúde. Como as probabilidades não podem ser negativas assume-se como zero.

- $\beta_3 = 28,457 \rightarrow$  por cada variação absoluta de uma unidade no quociente (Gastos Totais na Saúde / Número total de Procedimentos Cirúrgicos a *In-patient*), a probabilidade de um país efectuar PPPs na área da Saúde aumenta 28,457, mantendo todo o resto constante.

- $\beta_5 = 0,264 \rightarrow$  por cada variação absoluta de um ano, a probabilidade de um país efectuar PPPs na área da Saúde aumenta 0,264, ou seja, 26,4%, mantendo todo o resto constante.

De acordo com o que foi explanado até ao momento, em especial sobre o modelo base aplicado na primeira vaga de PPPs em Portugal, permite-nos constatar que possivelmente o nosso programa inicial de PPPs é algo arrojado, indo mais além do que o que se verificava, por exemplo, no Reino Unido, país com larga experiência (em comparação com os restantes) no desenvolvimento e aplicação de PPPs na área da saúde. Mas, poderemos sempre analisar o modelo proposto à luz dos desenvolvimentos teóricos relacionados com as PPPs que versam sobre qual o alcance que deverá ter uma PPP numa determinada situação.

Desta forma, Oliver Hart (2002), no seu artigo sobre *Incomplete Contracts and Public Ownership: Remarks and an Application to Public-Private Partnerships* faz referência a um modelo *in Hart et al* (1997) designado de *HSV*. O modelo *HSV*<sup>223</sup> foi utilizado por Oliver Hart (2002) para perceber e tentar explicar os custos e benefícios das

---

<sup>223</sup> Veja-se Hart (2002) e, Bettignies e Ross (2004), entre outros.

Parcerias Público Privada.

O modelo permite-nos retirar uma simples conclusão:

- A contratação convencional da provisão dos serviços é uma boa opção se a qualidade da construção puder ser bem especificada, visto que a qualidade do serviço não o pode ser;
- Em contraposição, um cenário de PPP é bom se a qualidade do serviço puder ser bem especificada no contrato inicial (ou mais genericamente, existem boas medidas de performance que podem ser usadas para premiar ou para penalizar o prestador de serviços durante a prestação dos mesmos), visto que a qualidade da construção não o pode ser.

Sendo algo especulativos e de acordo com Hart (2002), geralmente prisões e escolas são inseridas na primeira categoria: a contratação na construção é relativamente simples, enquanto que a contratação do serviço pode não ser assim tão simples. Na outra face, os hospitais podem cair na segunda categoria, porque especificar a qualidade do serviço está longe de ser uma tarefa directa, mas será fácil arranjar uma série razoável de medidas de performance relacionadas com o facto de avaliar como é que os pacientes estão a ser tratados, difícil será especificar uma construção muito complexa (Hart (2002)).

O modelo proposto por Hart (2002) permite constatar que a escolha entre uma PPP ou uma contratação convencional se baseia no facto de saber se é mais fácil escrever contratos relacionados com a prestação de serviços do que escrever contratos relacionados com a prestação do serviço de construção, além disso tenta demonstrar que a questão central relacionada com as PPPs, à qual se deve prestar atenção, não são, exclusivamente, os problemas de financiamento, mas sim os custos de contratação.

## **Capítulo IV**

### **Conclusão**



## Capítulo IV: Conclusão

### 4.1. Principais conclusões

O estudo dos determinantes que poderão influenciar a realização de PPPs, bem como a elaboração de um modelo empírico para a referida variável, constituíram o principal objectivo da presente dissertação.

Para o efeito, foi desenvolvido um modelo empírico que relaciona um conjunto de variáveis explicativas, com o facto de um país poder realizar ou não PPPs na área da saúde. Contudo, derivando do objectivo principal do presente trabalho científico surgem outros que permitem enriquecer esta dissertação de mestrado bem como os meus conhecimentos pessoais, tais como a averiguação e especificação do conceito de PPPs nas suas mais diversas formas; o estudo e discussão de todas as vantagens, desvantagens e limitações das PPPs retiradas da literatura; o entendimento dos elementos chave no estabelecimento de PPPs, tais como: a construção do Comparador do Sector Público e o entendimento do conceito que lhe está associado - *value for money*; as especificações das estruturas contractuais; o delimitar dos riscos associados aos projectos, bem como o estabelecimento de uma partilha dos mesmos.

O presente trabalho científico também nos facultou informação sobre os processos de estabelecimento de PPPs nos países da OCDE e, de forma mais específica no sector da saúde. Este conhecimento foi utilizado para compreender e analisar os programas de PPPs para a área da saúde que estão a ser preparados para Portugal.

Da discussão da literatura constatou-se que existe um conjunto de determinantes que podem influenciar o estabelecimento de PPPs no sector da saúde por parte de um determinado país. Esses determinantes foram agrupados em três grupos e, estão relacionados com: as restrições orçamentais da Administração Central do Estado decorrentes do excesso de despesa pública; o objectivo de obtenção de ganhos de eficiência na prestação dos serviços de saúde; e, as carências em termos de novos equipamentos para a área da saúde.

Foram estabelecidas três hipóteses a serem comprovadas por um método de

estimação da regressão logística (*logit*) dado que variável explicada assume uma natureza dicotómica (variável *dummy*).

As hipóteses são:

- Hipótese 1 (H1) como existindo uma relação positiva entre as restrições orçamentais e a realização de PPPs;
- Hipótese 2 (H2) como presumindo a existência de uma relação positiva entre o nível de ineficiência relativa na prestação de cuidados de saúde e a realização de PPPs nesse sector;
- Hipótese 3 (H3) postula uma relação positiva entre as carências de construção de novas infra-estruturas e o recurso a PPPs;

Postuladas as hipóteses tornou-se necessário o estabelecimento de indicadores para nos ajudarem a obter resultados relativamente às variáveis estabelecidas.

Os indicadores estabelecidos foram:

- para a variável  $X_1$  - Déficite público / PIB;
- para a variável  $X_2$  - Gastos Totais na Saúde / Número total de Procedimentos Cirúrgicos a *In-patient*;
- para a variável  $X_3$  - *Acute Care Beds* por 1000 Habitantes.

Definidos os indicadores, passámos à fase de definição da amostra e do período amostral. Relativamente ao período amostral, este foi delimitado entre os anos de 1995 e 2003 inclusive, sendo que o ano de 2003 é o último ano para o qual existem dados para os referidos indicadores e por conseguinte para as referidas variáveis. No que se refere à amostra, foram incluídos todos os países da OCDE na presente data, para os quais existem dados que permitem calcular os referidos indicadores. Com base, essencialmente, na informação recolhida junto da OCDE e da OMS, foi-nos possível recolher os dados que posteriormente foram usados na estimação do modelo empírico proposto.

De acordo com os resultados obtidos pelo método de estimação da regressão logística (*logit*), podemos constatar que das variáveis estudadas, a variável que demonstra mais significância estatística é a variável relacionada com a obtenção de ganhos de eficiência na prestação dos serviços de saúde (variável  $X_2$ ) que demonstra ter um nível de significância de cem por cento na explicação da variável dependente  $Y_i$ .

Apesar das conclusões aqui retidas, terá de se ter em atenção que este trabalho de investigação apresenta algumas limitações que poderão ser sintetizadas.

Na construção da amostra foram extrapolados dados de alguns anos (como se referiu anteriormente) para que se conseguissem obter dados para a totalidade do período amostral. Foram utilizadas, essencialmente duas fontes bibliográficas para a obtenção dos dados a incluir na amostra. A utilização das referidas fontes bibliográficas pretende reforçar a ideia de unidade e de continuidade mas, poderá em alguns dos dados existir pequenos desfasamentos entre as duas fontes utilizadas.

## **4.2. Sugestões para futuras pesquisas**

No processo de estabelecimento de PPPs, existem algumas incongruências que podem ser objecto de futuras pesquisas relacionadas com o tema.

De referir que a taxa do custo de capital utilizada no cálculo do Comparador do Sector Público para a avaliação da possibilidade de estabelecimento de PPPs em Portugal foi fixada pela Senhora Ministra de Estado e das Finanças por Despacho nº 13 208/2003 publicado em 7 de Julho de 2003, no qual é estabelecido que a taxa de desconto real é 4,0%, quando a mesma depende do risco de mercado. Será conveniente analisar quais os impactos que uma taxa de desconto fixada por despacho pode ter no desenvolvimento das PPPs.

Poderá também ser objecto de estudo em futuras pesquisas, a análise do impacto que terá no cálculo do Comparador do Sector Público, o facto de não estar perfeitamente esclarecida a origem das taxas de ocupação e dos níveis de eficiência que são utilizados para o cálculo do mesmo.

O objecto de uma futura investigação poderá consubstanciar-se numa análise das diferentes estruturas institucionais e o facto destas poderem afectar a propensão para a realização de investimento privado em infra-estruturas, em particular em volume e em frequência (Banerjee, Oetzel e Ranganathan (2006)).

Para finalizar, gostaria que todos aqueles que venham a ler esta dissertação sintam entusiasmo e encontrem ensinamentos úteis sobre o tema e estimulem reflexões e investigações futuras.



## Referências Bibliográficas

- Abadie, Richard e Adrian Howcroft (2004), *Developing Public Private Partnerships in New Europe*, PricewaterhouseCoopers, Maio.
- Akintoye, A., M. Beck e C. Hardcastle (2003), “Public-Private Partnerships: Managing Risks and Opportunities”, *Blackwell Science*.
- Akintoye, Akintola e Ezekiel Chinyio (2005), “Private Finance Initiative in the Healthcare Sector: Trends and Risk Assessment”, *Engineering, Construction and Architectural Management* 12(6): 601-616.
- Allen, Franklin e Anthony M. Santomero (1996), *The Theory of Financial Intermediation*, working paper do Financial Institutions Center, University of Pennsylvania, Agosto.
- Allen, Grahame (2001), *The Private Finance Initiatives (PFI)*, House of Commons Library.
- Alves, Pedro Leite (2004), “O que nos ensinou mais de uma década de PPP em Portugal?”, apresentação efectuada numa Conferência organizada pelo *Institute for International Research*, Maio.
- Amaral, João F. (2005), “Sustentabilidade das finanças públicas”, *Cadernos de Economia*: 19-22, Jan/Mar.
- Amaro, João Pontes (2004), “Modelos de Parcerias Público-Privadas”, in *Manual Prático de Parcerias Público Privadas*, Segurado, N., Albuquerque, P., Paixão, R., NPF – Pesquisa e Formação: 101-126.
- Banerjee, Sudeshna Ghosh, Jennifer M. Oetzel e Rupa Ranganathan (2006), “Private Provision of Infrastructure in Emerging Markets: Do Institutions Matter?”, *Development Policy Review* 24(2): 175.
- Barros, Pedro Pita (1999), *As Políticas de Saúde em Portugal nos Últimos 25 Anos: evolução da prestação na década 1987-1996*, paper Universidade Nova de Lisboa, Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Janeiro.
- Barros, Pedro Pita e Catarina Sena (1998), *Quanto maior melhor? Redimensionamento e economias de escala em três hospitais portugueses*, paper Universidade Nova de Lisboa, Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Novembro.

- Barros, Pedro Pita, *PPP – Impacto económico*, apresentação efectuada na Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.
- Beato, Paulino e Antonio Vives (2000), “Private infrastructure investment at the subnational level: Challenges in emerging economies”, *Journal of Project Finance* 6(2): 55.
- Becker, Fred e Valerie Patterson (2005), “Public-Private Partnerships”, *Public Performance & Management Review* 29(2): 125-144.
- Bell, C. e S. Devarajan (1983), “Shadow Prices for Project Evaluation Under Alternative Macroeconomic Specifications”, *Quarterly Journal of Economics*, vol. 98: 457-477, Agosto.
- Bell, J. (1993), *Como Realizar um Projecto de Investigação*, Lisboa, Gradiva - Publicações, Lda
- Bentes, M., C. M. Dias, C. Sakellarides, e V. Bankauskaite (2004), *Health Care Systems in Transition*, Produced in collaboration with The Portuguese Observatory on Health Systems.
- Bettignies, Jean-Etienne de e Thomas W. Ross (2004), “The Economics of Public-Private Partnerships”, *Canadian Public Policy* 30(2): 135-154.
- Blake, Nick (2004), “Pros and cons of Public Private Partnerships: increasingly governments are using Public Private Partnership (PPPs) to finance public infrastructure projects” *Australian Nursing Journal* 11(8): 15, Australian Nursing Federation, Março.
- Bolton, Patrick e Mathias Dewatripont (2005), *Contract Theory*, MIT Press, Cambridge (MA).
- Bourn, John (2000), *The financial analysis for the London Underground Public Private Partnerships*, National Audit Office, 14 de Dezembro.
- Bronchi, Chiara (2003), *The Effectiveness of Public Expenditure in Portugal*, Economics Department Working Papers, nº 349, OECD, Fevereiro.
- Brusewitz, Mary Rose e Herrington & Sutcliffe LLP Orrick (2004), “Public-private partnerships in the United States”, *Project Finance - Legal Advisers Review*: 70-71.
- Cabrita, Rodrigo (2005), “Só 11 hospitais SA tiveram balanço positivo em 2004”, *Diário de Notícias*: 20-21, 28 de Fevereiro.
- Cardoso, Teodora (2004), “Enquadramento Orçamental das PPP”, in *Manual Prático de*

- Parcerias Público Privadas*, Segurado, N., Albuquerque, P., Paixão, R., NPF – Pesquisa e Formação: 85-100.
- Cardoso, Teodora (2005), “Finanças públicas – Um novo rumo”, *Cadernos de Economia*: 9-12, Jan/Mar.
- Carola, Américo (2005), “The Litoral Centro Case Study: A Real (Toll) Road Project”, apresentação efectuada na conferência, “PPP in Portugal”, *4th Annual SMI Conference*, Lisbon, 14th and 15th November.
- Catroga, Eduardo (2005), “Condicionantes macro económicas”, *Cadernos de Economia*: 34-38, Jan/Mar.
- Comissão Europeia (2004), *Livro Verde sobre as parcerias público-privadas*.
- Committee on Bankruptcy and Corporate Reorganization of The Association of the Bar of the City of New York (2000), “New developments in structured finance”, *The Business Lawyer*, Vol. 56: 96-182.
- Conde, Pedro (2005), “Outsourcing”, *TOC - revista da Câmara dos Técnicos Oficiais de Contas*, Vol. 6, nº 66: 47-51, Set. 2005.
- Confederação Nacional da Industria (2004), *Experiência Internacional das Parcerias Público-Privadas: O Exemplo Inglês*.
- Costa, J. A. Ferreira (1999), *Dicionário e Glossário – Bancário, de Economia, Jurídico-Financeiro, e de Mercado de Capitais*, SPB Editores.
- Costa, Jorge M. N. Soares (2003), “Fusões e Aquisições Bancárias – Um Estudo de Caso: a Aquisição do Banco Português do Atlântico pelo Banco Comercial Português”, Tese de Mestrado defendida na Faculdade de Economia do Porto.
- Cottrell, Allin e Riccardo Lucchetti (2006), *Gretl User's Guide - Gnu Regression, Econometrics and Time-series*, Fevereiro.
- Cunha, M. P., A. Rego, R. C. Cunha e C. C. Cardoso (2003), *Manual de comportamento organizacional e gestão*, 1ª Ed.: 517-522, Editora RH.
- D'Oliveira, T. (2002), *Teses e Dissertações: recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*, Lisboa, Editora RH
- Dewenter, Kathryn e Paul Malatesta (2001), “State-Owned and Privately Owned Firms: An empirical Analysis of Profitability, Leverage, and Labor Intensity”, *American Economic Review* 91(1): 320-334.
- Direcção-Geral da Saúde (2005), *Centros de Saúde e Hospitais - Recursos e Produção do*

SNS 2004, Novembro.

- D'Souza, Juliet e William Megginson (1999), "The Financial and Operating Performance of Privatized Firms During the 1990s", *Journal of Finance* 54(4): 1397-1438.
- Elizabeth, D. e H. Oxley (2003), *Health-Care Systems: Lessons From the Reform Experience*, Economics Department Working Papers, nº 374, OECD, Dezembro.
- Engel, E., A. Galetovic e R. Fischer (2002), *A New Approach to Private Roads*, Regulation Fall.
- Ernst & Young (2002), *London Underground PPPs: Value for Money Review*, 5 de Fevereiro.
- Esty, B. C., F. J. Lysy e C. Ferman (2002), *An Economic Framework for Assessing Development Impact*, Harvard Business School, 7 de Agosto.
- Esty, Benjamin C. (1999), "Improved Techniques for Valuing Large-Scale Projects", *The Journal of Project Finance*: 9-25.
- Esty, Benjamin C. (2002), *Project Finance Glossary*, Harvard Business School, Novembro.
- Esty, Benjamin C. (2002), *Project Finance Research, Data, and Information Sources – 2002 Update*, Harvard Business School, 18 de Junho.
- Esty, Benjamin C. e Aldo Sesia Jr. (2005), *An Overview of Project Finance – 2004 Update*, Harvard Business School, Abril.
- European Commission (2002), *Health Statistics - Key data on health 2002*.
- European Investment Bank (2004), *The EIB's role in Public-Private Partnerships (PPPs)*, Julho.
- Farrell, Michael (2002), "Financial Engineering in Project Management", *Project Management Journal*: 27-36, Março.
- Fattore, Giovanni (2001), "A new Italian Government: radical changes for the Italian NHS?", *Euro Observer* 3(2): 1-3.
- Filho, André F. Montoro (2004), "Parceria Público Privado – Considerações de um Economista", in *Boletim FIPE*, 285, Junho.
- Fiocca, Demian (2004), *O papel das PPP na Retomada do Crescimento Sustentável*, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Senado Federal, Brasília, 13 de Abril.
- Focus (2005), "Ano Novo, Saúde em Mudança", nº 323: 86-91.

- Forrer, John (2002), “Private finance initiative: a better public-private partnership?”, *The Public Manager*, Junho.
- Frasquilho, Miguel (2005), “Retrospectiva e perspectivas”, *Cadernos de Economia*: 58-78, Jan/Mar.
- Freitas, Miguel L. (2005), “Défice de disciplina ou a disciplina do défice?”, *Cadernos de Economia*: 24-26, Jan/Mar.
- Gaffney, D., Allyson M. Pollock, D. Price e J. Shaoul (1999), “The private finance initiative - NHS capital expenditure and the private finance initiative - expansion or contraction?”, *BMJ*, Vol. 319: 48-51, 3 de Julho.
- Gerrard, Michael B. (2001), “What are public-private partnerships, and how do they differ from privatizations?”, *Finance & Development – A quarterly magazine of the IMF* 38(3), Setembro.
- Grimsey, Darrin e Mervyn K. Lewis (2004), *Public Private Partnerships: The Worldwide Revolution in Infrastructure Provision and Project Finance*, Edward Elgar Publishing, Northampton, MA.
- Grosse-Tebbe, Susanne e Josep Figueras (2004), “Snapshots of Health Systems - The state of affairs in 16 countries in summer 2004”, *World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies*.
- Guichard, Stéphanie (2004), *The reform of the health care system in Portugal*, Economics Department Working Papers, nº 405, OECD, 6 de Outubro.
- Gujarati, Damodar N. (2003), *Basic Econometrics*, 4ª Ed., Capítulo 16: 540-583, McGrawHill.
- Hart, Oliver (2002), *Incomplete Contracts and Public Ownership: Remarks and an Application to Public-Private Partnerships*, paper Harvard University, Julho.
- Hillier, Frederick S. (1963), “The Derivation of Probabilistic Information for the Evaluation of Risky Investments”, *Management Science*, vol. 9: 443-457, Abril.
- HM Treasury Taskforce – Private Finance (1999), *How to construct a Public Sector Comparator*, Technical Note No. 5.
- Howcroft, Adrian (2005), “Delivering the PPP Promise”, apresentação efectuada na conferência, “UNECE PPP Conference”, *PricewaterhouseCoopers*, Outubro.
- Hurst, Jeremy and Luigi Siciliani (2003), “Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries”, *OECD Health*

*Working Papers*, Julho.

- IGIF Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2004), *Contabilidade Analítica 2003 – Hospitais Centrais*, Departamento de Gestão Financeira, Ministério da Saúde, Novembro.
- IGIF Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (2004), *Serviço Nacional de Saúde – Contas Globais 2002*, Departamento de Consolidação e Controlo de Gestão do SNS, Abril.
- Janger, E. J. (2002), “Muddy Rules for Securitizations”, *Fordham Journal of Corporate & Financial Law*, Vol. VII: 301-320.
- Jenkins, Glenn P. (1997), “Project Analysis and the World Bank”, *The American Economic Review*, Vol. 87: 38-42, Maio.
- Jütting, Johannes (1999), “Public-private-partnership and social protection in developing countries: the case of the health sector” paper of the Center for Development Research (ZEF) - University of Bonn, presented at the ILO workshop on “The extension of social protection”, Geneva, 13./14.12.1999.
- Kleimeier, Stefanie e William L. Megginson (1999), *An empirical analysis of limited recourse project finance*, paper da University of Oklahoma, Junho.
- Lafuente, Francisco Fernández (2005), “Operation & Maintenance – Additional Business for Road Constructors”, apresentação efectuada na conferência, “PPP in Portugal”, *4th Annual SMI Conference*, Lisbon, 14th and 15th November.
- Laird, David e George Langill (2005), “A Public/Private Partnership: The Royal Ottawa Hospital Experience”, *Healthcare Quarterly* 8(4): 70-80, [www.longwoods.com/website/CaseStudies/index.html](http://www.longwoods.com/website/CaseStudies/index.html).
- Lemos, T., D. Eaton, M. Betts e L. T. Almeida (2004), “Risk management in the Lusoponte concession – a case study of the two bridges in Lisbon, Portugal”, *International Journal of Project Management* 22: 63-73.
- Lemos, Teresa (2004), “Project Finance & Parcerias Público Privadas”, apresentação efectuada numa Conferência organizada pelo *Institute for International Research*, 1 de Julho.
- Li, Bing, A. Akintoye, P. J. Edwards e C. Hardcastle (2005), “Perceptions of positive and negative factors influencing the attractiveness of PPP/PFI procurement for construction projects in the UK: Findings from a questionnaire survey”,

- Engineering, Construction and Architectural Management* 12(2): 125-148.
- Linder, Stephen H. (1999), "Coming to Terms With the Public-Private Partnership: A Grammar of Multiple Meanings", *American Behavioral Scientist* 43 (1): 35-51.
- Link, Albert N. (2006), "Public/Private Partnerships: Innovation Strategies and Policy Alternatives", *Springer*, 1ª Ed., 4 de Janeiro.
- Lloyd, Charles e Adrian Howcroft (2005), "Global PPP/ Infrastructure Yearbook 2005", *Infra-News*: 67-70, PricewaterhouseCoopers.
- Locke, Martin (2005), "Developing PPPs Within the Australian Healthcare Market", *Global PPP/ Infrastructure Yearbook 2005*, *Infra-News*: 104-105, PricewaterhouseCoopers.
- Lundsgaard, Jens (2002), "Competition And Efficiency In Publicly Funded Services", *OECD Economic Studies* nº 35.
- Manso, Armando Costa (2005), "Improving PPP procurement", apresentação efectuada na conferência, "PPP in Portugal", *4th Annual SMI Conference*, Lisbon, 14th and 15th November.
- Martorell, J. C., J. R. Tora e A. Carron (2001), *Research: Iberian Peninsula Securitizations Activity Heats Up*, Standard & Poor's.
- Mccormick, Roger (2004), "A experiência das parcerias público-privadas no Reino Unido", Jus Navigandi, Teresina, a. 8, n. 351, 23 jun. 2004, Disponível em: <http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=5362>, Acesso em: 25 fev. 2006.
- Meggison, William (2004), *The Financial Economics of Privatization*, New York (NY): Oxford University Press.
- Merton, Robert C. (1995), "A Funcional Perspective of Financial Intermediation", *Financial Managment*, Vol. 24, No. 2: 23-41.
- Miller, Merton H. (1986), *Financial Innovation: The Last Twenty Years and the Next*, paper apresentado no meeting anual de Western Finance Association in Colorado Springs, Junho.
- Ministry for Health and Children (2003), *The Health Service Reform Programme - Ireland*, Junho.
- Ministry of Health and Social Affairs (2005), "Health and medical care in Sweden", *Fact Sheet*, nº 15, Junho.
- Monge, Cláudia (2005), "New Directions in Portuguese Health PPP's", apresentação

- efectuada na conferência, “PPP in Portugal”, *4th Annual SMI Conference*, Lisbon, 14th and 15th November.
- Montanheiro, L., B. Haigh, D. Morris e M. Linehan (1999), *Public and Private Sector Partnerships: Furthering Development*, Sheffield Hallam University Press.
- Monteiro, Rui Sousa (2005), “PPPs, Fiscal Consolidation, and Economic Growth: Impact on the efficiency of public sector delivery”, apresentação efectuada na conferência, “PPP in Portugal”, *4th Annual SMI Conference*, Lisbon, 14th and 15th November.
- Monteiro, Rui Sousa (2005a), “Public-private partnerships: some lessons from Portugal”, *EIB Papers* 10(2):72-81
- Muggah, Robert (2001), *Partner or Perish: Reviewing Public-Private Partnerships for Return and Resettlement of IDPs in Colombia*, UNDP.
- Mur-Veeman, I., B. Hardy, M. Steenberg e G. Wistow (2003), *Development of integrated care in England and the Netherlands - Managing across public-private boundaries*, Department of Health Organisation Policy and Economics, Maastricht University, 30 de Janeiro.
- Ngo, Minh Van (2002), “Agency Costs and the Demand and Supply of Secured Debt and Asset Securitization”, *Yale Journal on Regulation*, Vol. 19: 413-470.
- Norment, Richard (2005), “Public Private Partnerships: The Worldwide Revolution in Infrastructure Provision and Project Finance”, *Journal of the American Planning Association* 71(4): 461-462.
- Novo Dicionário da Língua Portuguesa*, Sistema J, Editora Portuguesa de Livros, Lda, Lello & Irmão, 1ª Ed., Fevereiro, 1996.
- OCDE (1998), *OECD Economic Surveys – Portugal*.
- OCDE (2004), *OECD Economic Surveys – Portugal*.
- OCDE (2004a), *OECD Health Data 2004, 3rd edition*, Setembro.
- OCDE (2005), *OECD in figures – Statistics on the Member Countries*, OECD Observer
- OCDE (2005a), *OECD Health Data 2005*, Paris, Junho.
- OCDE (2006), *OECD Factbook 2006 - Economic, Environmental and Social Statistics*, Março.
- OECD (2005b), *Health at a Glance: OECD Indicators 2005*, Paris, Dezembro
- Oliveira, Isabel M. Machado (2003), “As Variáveis Condicionantes da Previsão do Cash Flow – Análise Econométrica das Empresas Portuguesas de Vestuário e Calçado”,



- Tese de Mestrado defendida na Universidade Portucalense.
- Orosz, E. e A. Burns (2000), *The HealthCare System in Hungary*, Economics Department Working Papers, nº 241, OCDE, Maio.
- Parceria Público-Privada da Linha Antas-Gondomar integrada no sistema de metropolitano ligeiro de superfície do Porto (2004), *A demonstração do interesse público da parceria*, Abril de 2004.
- Parcerias Saúde (2004), “Centro de Atendimento do SNS em regime de Parceria Público-Privada Ficha Técnica do Custo Público Comparável”, *Ministério da Saúde*.
- Parcerias Saúde (2004a), “Novo Hospital de Braga em regime de Parceria Público-Privada Ficha Técnica do Custo Público Comparável”, *Ministério da Saúde*.
- Parcerias Saúde (2004b), “Novo Hospital de Cascais em regime de Parceria Público-Privada Ficha Técnica do Custo Público Comparável”, *Ministério da Saúde*.
- Parcerias Saúde (2004c), “Novo Hospital de Loures em regime de Parceria Público-Privada Ficha Técnica do Custo Público Comparável”, *Ministério da Saúde*.
- Parcerias Saúde (2005), “Centro de Medicina Física e de Reabilitação do Sul em regime de Parceria Público-Privada Ficha Técnica do Custo Público Comparável”, *Ministério da Saúde*.
- Parker, Joseph K. (2003), “The PPP and Infrastructure Market in Canada”, *PFI Magazine*, Março.
- Pereira, F., F. Rangel e P. Jale (2002), *Project Finance – LUSOS CUT Auto-estradas Costa de Prata, S.A.*, trabalho da Faculdade de Economia do Porto.
- Pereira, João António (1997), *Health care reform and cost containment in Portugal*, Documento de trabalho, Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- Pindyck, Robert S. e Daniel L. Rubinfeld (1998), *Econometric Models and Economic Forecast*, 4ª Ed., Capítulo 11: 298-333, Irwin McGrawHill.
- Pinto, Bárbara Costa (2005), “Snapshots of the PPP projects in Health”, apresentação efectuada na conferência, “PPP in Portugal”, *4th Annual SMI Conference*, Lisbon, 14th and 15th November.
- Pinto, José Emilio Nunes (2003), “As parcerias entre o setor público e o setor privado”, Jus Navigandi, Teresina, a. 7, n. 63, mar. 2003, Disponível em: <http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=3839>, Acesso em: 25 fev. 2006.
- Pinto, José Emilio Nunes (2004), “Os dois C das PPPs”, Jus Navigandi, Teresina, a. 8, n.

- 351, 23 jun. 2004, Disponível em: <http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=5359>, Acesso em: 25 fev. 2006.
- Poulter, Tony (2003), “Japan’s PPP experience – lessons for Europe?”, *European Public Finance*, Maio.
- Quivy, Raymond e Luc Van Campenhoudt (1998), *Manual de investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva
- Robichek, Alexander A. (1975), “Interpreting the Results of Risk Analysis”, *The Journal of Finance*, vol. 30: 1384-1386, Dezembro.
- Roever, W. A. e F. J. Fabozzi (2003), “A Primer on Securitization”, *The Journal of Structured and Project Finance*: 5-19.
- Rosenau, Pauline (2000), *Public-Private Policy Partnerships*, The MIT Press, 30 de Maio.
- Salgueiro, João (2005), “Para além dos défices públicos”, *Cadernos de Economia*: 14-18, Jan/Mar.
- Santos, F. Nogueira (1997), *Dicionário Inglês-Português de Economia*, 3ª Edição, Publicações Europa-América.
- Santos, Mário Coutinho (2003), “As Decisões de Estrutura de Capital das Empresas: Teoria e Evidência Empírica dos Bancos Portugueses”, Tese de Doutoramento defendida na Universidade de Aveiro.
- Santos, Mário Coutinho dos, *Project Finance*, apresentação realizada no âmbito do modulo de *Project Finance*, do programa de Avaliação e Gestão de Projectos da Faculdade de Ciências Empresariais da Universidade Católica Portuguesa.
- Santos, Mário Coutinho dos, *Project Finance*, apresentação realizada no âmbito da disciplina de Avaliação e Gestão de Projectos, inserida no Mestrado de Contabilidade e Auditoria da Universidade de Aveiro.
- Savas, E. S. (1999), *Privatization and Public-Private Partnerships*, CQ Press, 2ª Ed., Novembro.
- Secretário de Estado do Tesouro e das Finanças (1996), intervenção no “*Project Finance - A Perspectiva Financeira do Estado*” uma conferência no Centro Cultural de Belém, Lisboa, 11 de Julho de 1996.
- Serra, José A. (2005), “Uma questão política”, *Cadernos de Economia*: 27-33, Jan/Mar.
- Shaloul, Jean (2005), "A critical Financial Analysis of the Private Finance Initiative: Selecting a Financing Method or Allocating Economic Wealth?." *Critical*

*Perspectives on Accounting* 16(4): 441-471.

Simão, João Eduardo (2004), “Sindicação de Operações de Project Finance”, apresentação efectuada na “IV Conferência Project Finance & PPP”, *Institute for International Research*, Lisboa, 31 de Maio.

Simões, Jorge Abreu (2004), “As Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde”, in *Manual Prático de Parcerias Público Privadas*, Segurado, N., Albuquerque, P., Paixão, R., NPF – Pesquisa e Formação: 27-84.

Simões, Jorge Abreu (2004a), “A Abordagem das Parcerias Público-Privadas no Sector da Saúde em Portugal”, apresentação efectuada na “IV Conferência Project Finance & PPP”, *Institute for International Research*, Lisboa, 31 de Maio.

Simões, Jorge Abreu (2005), “PPP’s in Portuguese Healthcare - Up Date and Prospects”, apresentação efectuada na conferência, “PPP in Portugal”, *4th Annual SMI Conference*, Lisbon, 14th and 15th November.

Skarabot, Jure (2001), *Asset Securitization and Optimal Asset Structure of the Firm*.

Smith, James E. (1998), “Evaluating Income Streams: A Decision Analysis Approach”, *Management Science*, vol. 44: 1690-1708, Dezembro.

Smith, Paul K. (2001), “Financing the airport light rail line in Portland, Oregon: A case study of public-private partnership”, *Journal of Project Finance* 7(2): 54, New York.

Sodré, Azevedo (2004), “Modelos e as Experiências Internacionais”, apresentação efectuada na conferência, *Debate Nacional sobre Parcerias Público-Privadas (PPPs)*, Amcham, Março.

Somes, Bronte (2005), “Financing PPP’s - recent developments in the capital markets”, apresentação efectuada na conferência, “PPP in Portugal”, *4th Annual SMI Conference*, Lisbon, 14th and 15th November.

Sousa, Mariana Abrantes (2005), “PPP in Portugal”, apresentação efectuada na conferência, “PPP in Portugal”, *4th Annual SMI Conference*, Lisbon, 14th and 15th November.

Stewart-Smith, Martin (1995), “Private financing and infrastructure provision in emerging markets”, *Law and Policy in International Business* 26(4): 987-1011.

Teicher, J., Quamrul Alam, e Bernadine Van Gramberg (2006), “Managing trust and relationships in PPPs: some Australian experiences”, *International Review of*

- Administrative Sciences* 72(1): 85, London.
- Thomaz, Nuno F. (2003), *O notariado e os custos de contexto*, Diário Económico, 23 de Maio.
- Thompson, Ceri R. e Martin McKee (2003), *Financing and planning of public and private not-for-profit hospitals in the European Union*, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 9 de Outubro.
- Tountas, Y., P. Karnaki, E. Pavi e K. Souliotis (2005), *The “unexpected” growth of the private health sector in Greece*, Center for Health Services Research, Department of Hygiene and Epidemiology, Medical School, University of Athens, 12 de Fevereiro.
- Unidade de Missão (2005), *Hospitais SA - Acompanhamento e Avaliação dos Hospitais, S.A. em 2003/2004 – A Empresarialização dos Hospitais*, 28 de Junho.
- Vickers, John e George Yarrow (1991), “Economic Perspectives on Privatization”, *Journal of Economic Perspectives* 5(2): 111-32.
- Vining, Aidan R., Anthony E. Boardman, e Finn Poschmann (2005), “Public-private partnerships in the US and Canada: “There are no free lunches””, *Journal of Comparative Policy Analysis* 7(3): 199-220.
- Vitorino, António Macedo (2005), “The Future of Portuguese Public/Private Partnerships”, apresentação efectuada na conferência, “PPP in Portugal”, *4th Annual SMI Conference*, Lisbon, 14th and 15th November.
- Weidner, D. J. (2000), “Synthetic Leases: Structured Finance, Financial Accounting and Tax Ownership”, *The Journal of Corporation Law*: 446-487.
- Weir, C., D. Laing e P. J. Mcknight (2002), “Internal and External Governance Mechanisms: Their Impact on the Performance of Large UK Public Companies”, *Journal of Business Finance & Accounting*: 579-611, Junho/Julho.
- World Health Organization (2003), *Atlas of health in Europe*.

## **ANEXO 1**



Total expenditure on health - Million US\$, PPP (Purchasing Power Parity)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Australia	31397	33798	36076	38858	42219	45559	48615	48615	48615
Austria	14822	15808	14722	15579	16536	17197	17460	17879	17879
Belgium	19078	20119	20030	20820	21878	23454	25112	25984	25984
Canada	59998	60493	63862	69310	73184	78190	85338	92082	96162
Czech Republic	9044	9386	9422	9452	9586	10033	11090	11410	11410
Denmark	9644	10259	10718	11354	12223	12566	13503	13887	14480
Finland	7295	7773	8122	8281	8474	8791	9553	10106	10106
France	117159	121342	125900	130307	135200	142285	153218	162727	162727
Germany	184844	197399	198226	202655	210426	217028	225251	232390	232390
Greece	13262	13798	14356	15015	15987	17072	17673	19231	19231
Hungary	6964	6978	7118	7953	8392	8650	9786	10956	10956
Iceland	496	529	546	617	704	720	764	807	807
Ireland	4361	4613	5204	5524	6097	6745	7955	9306	9306
Italy	87313	92120	98043	103644	106807	115599	122006	125628	128856
Japan	192149	206563	212771	220402	231661	248468	264081	264081	264081
Korea	22144	25557	27844	27251	33279	36516	44626	47462	47462
Luxembourg	841	884	900	977	1182	1174	1281	1368	1368
Mexico	35275	34359	38433	41577	45647	49333	54280	56695	56695
Netherlands	28244	29174	30228	31666	33177	34976	39399	42688	42688
New Zealand	4549	4707	5131	5497	5857	6217	6636	7315	7838
Norway	8249	9044	9597	10253	11428	12338	14707	15470	16624
Poland	16342	18950	19519	21772	22066	22336	24295	25128	25128
Portugal	10829	11533	12296	13066	14487	16062	17115	17649	17649
Slovak Republic	2923	2923	2923	3015	3117	3182	3403	3753	3753
Spain	46891	49116	50626	54092	58124	60654	64552	68935	68935
Sweden	15300	16312	16540	17354	18769	19904	21080	22464	22464
Switzerland	17990	18766	19933	21095	21326	22353	23778	25121	25121
Turkey	11384	14476	16981	20327	26000	30057	30057		
United Kingdom	80784	84925	89455	93934	101145	108191	118783	127968	127968
United States	973127	1021510	1074067	1129773	1199228	1280667	1389193	1518702	1518702

Fonte: adaptado do OECD HEALTH DATA 2004, 3rd edition





## **ANEXO 2**



## In-patient cases - Number of cases

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Australia	1250250	1212874	1212592	953437	969264	958113	977277	980316	980316
Austria		957408	957408	1037131	1050562	1055642	1066157	1066157	
Belgium									
Canada	2935368	2783039	2703630	2683577	2692847	2690555	2668640	2668640	
Czech Republic	553927	572361	563290	593833	609001	618808	620886	642223	642223
Denmark	396229	421660	409244	408057	406655	406423	410333	427036	425618
Finland	317318	315895	318086	318763	310296	305059	295486	296802	296802
France									
Germany	4630537	4755257	5642642	5904209	6368877	6368877			
Greece	371640	371640	382814	432011	435521	435521			
Hungary		1182735	1182735	1212764	1441647	1637667	1867999	1992950	1992950
Iceland			19037	19037	19037				
Ireland	236453	253216	274848	292406	339720	381905	428550	431245	431245
Italy	2771519	2771519	2867582	3160559	3222068	3203415	3258612	3029362	3029362
Japan									
Korea									
Luxembourg	49079	49079	55426	54858	55944	56542	56637	57941	57941
Mexico					1870054	1870054	2297814	2480499	2480499
Netherlands	680900	668800	652600	632000	618000	601000	598000	612000	612000
New Zealand		108312	108312	112115	112972	118359	119513	121721	121721
Norway									
Poland									
Portugal					499985	499985	511945	538873	538873
Slovak Republic									
Spain	2124805	2217649	2115887	2087521	2087521	2135121	2135121		
Sweden	488196	491514	450183	448735	456111	466867	472672	487012	487012
Switzerland							712275	712275	712275
Turkey	1195366	1248171	1353787	1438179	1494629	1638098	1875851	2053651	2053651
United Kingdom	419860	418596	418867	4028770	3925133	3826889	3761884	3822571	3822571
United States	22529694	22980207	22927327	23779545	23833000	23244491	24114246	25255318	25255318

Fonte: adaptado do OECD HEALTH DATA 2004, 3rd edition



## **ANEXO 3**



## Total number of inpatient surgical procedures per year

Countries	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
004 Austria			957408	1037131	1050562	1055642	1066157	1072027	1084507	
007 Belgium										
012 Czech Republic										
013 Denmark	362084	522314	515296	515060	518500	518166	524193	527336	529787	526309
015 Finland	400983	421405	429979	457180	463388	467805	450974	473296	480407	504857
016 France									3536773	
018 Germany	4630537	4755257	5642642	5904209	6368877	6499873	8071908	7965293	7563653	
019 Greece		371641	382814							
020 Hungary	1561449		1467119	1310949	1264598	1271293	1238119	1245486	1261181	1334390
021 Iceland										
022 Ireland	139632	145887	147018	142424	155947	168524	172245	168886	177299	177491
024 Italy				3160559	3222068	3203415	3258612	3193162		
029 Luxembourg										
032 Netherlands	892157	876017	850328	810778	789804	771094	768378	782270		
033 Norway							674926	748357	794329	
034 Poland										
035 Portugal	521750	529848	562901	596441	597606	580680	607184	626560	677516	
041 Slovakia		41640	39638	37277	34012	33388	34102	33271	30430	27966
043 Spain	2124805	2217649	2115887	2087521	2093070	2135121	2132810	2125170		
044 Sweden	558779	552327	475667	544855	556828	547834	550974	565825	582819	592697
045 Switzerland										
048 Turkey		1248171	1353787	1438179	1494629	1638098	1875851	2053651	2203248	2710130
051 United Kingdom			4085031	4197316	4100764	4032139	3980446	4070644	4218587	

Fonte: adaptado da World Health Organization





## **ANEXO 4**



	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Australia	1250250	1212874	1212592	953437	969264	958113	977277	980316	980316
Austria	957408	957408	957408	1037131	1050562	1055642	1066157	1072027	1084507
Belgium				739491			779501		
Canada	2935368	2783039	2703630	2683577	2692847	2690555	2668640	2668640	2668640
Czech Republic	553927	572361	563290	593833	609001	618808	620886	642223	642223
Denmark	396229	421660	409244	408057	406655	406423	410333	427036	425618
Finland	317318	315895	318086	318763	310296	305059	295486	296802	296802
France	5419790	5419790	5423647	5362286	5322011	5173242	5077174	4937379	4905631
Germany	4630537	4755257	5642642	5904209	6368877	6499873	8071908	7965293	7563653
Greece	371640	371641	382814	432011	435521	435521			
Hungary	1182735	1182735	1182735	1212764	1441647	1637667	1867999	1992950	1992950
Iceland			19037	19037	19037				
Ireland	236453	253216	274848	292406	339720	381905	428550	431245	431245
Italy	2771519	2771519	2867582	3160559	3222068	3203415	3258612	3029362	3029362
Japan									
Korea									
Luxembourg	49079	49079	55426	54858	55944	56542	56637	57941	57941
Mexico	2456000	2571000	2585000	2639000	2743000	2805000	2860000	2869000	2926000
Netherlands	680900	668800	652600	632000	618000	601000	598000	612000	612000
New Zealand	108312	108312	108312	112115	112972	118359	119513	121721	121721
Norway							674926	748357	794329
Poland									
Portugal	521750	529848	562901	596441	597606	580680	607184	626560	677516
Slovak Republic	41640	41640	39638	37277	34012	33388	34102	33271	30430
Spain	2124805	2217649	2115887	2087521	2093070	2135121	2132810	2125170	2125170
Sweden	488196	491514	450183	448735	456111	466867	472672	487012	487012
Switzerland							712275	712275	712275
Turkey	1195366	1248171	1353787	1438179	1494629	1638098	1875851	2053651	2203248
United Kingdom	419860	418596	418867	4028770	3925133	3826889	3761884	3822571	3822571
United States	22529694	22980207	22927327	23779545	23833000	23244491	24114246	25255318	25255318



## **ANEXO 5**



## Acute care beds, density per 1 000 population, 1960 to 2003

	1960	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003
Austrália	6,5	6	6,4	4.8 <sup>-1</sup>	3,8	3,7	3,6	3.6 <sup>-1</sup>
Áustria				7,1	6,3	6,1	6,1	6
Belgium		4,7	5,5	4,9	4,1	4	4	4.0 <sup>-1</sup>
Canada			4,6	4	3,2	3,2	3,2	3.2 <sup>-1</sup>
Czech Republic			8,6	8,5	6,6	6,5	6,5	6,5
Denmark		5.5 <sup>-2</sup>	5,3	4,1	3,5	3,4	3.4 <sup>-1</sup>	3.4 <sup>-2</sup>
Finland	3,9	4,8	4,9	4,3	2,4	2,4	2,3	2,3
France			6,2	5,2	4,1	4	3,9	3,8
Germany				8.3 <sup>-1</sup>	6,8	6,7	6,6	6,6
Greece								
Hungary	4,6	5,6	6,6	7,1	6,3	6	5,9	5,9
Iceland				4,3				
Ireland			4,3	3,3	3	3	3	3
Italy			7,9	6,2	4,2	4,1	3,9	3.9 <sup>-1</sup>
Japan				12.3 <sup>-3</sup>	9,6	9,3	8,9	8,5
Korea				2,7	5,2	5,2	5,7	5,9
Luxembourg			7,4	6,8	5,9	5,8	5,7	5,7
México					1	1	1	1
Netherlands	5,1	5,5	5,2	4,3	3,5	3,3	3,2	3.2 <sup>-1</sup>
New Zealand								
Norway			5,2	3,8	3,1	3,1	3,1	3,1
Poland	4,6	5,1	5,6	6,3	5,1	5,1	4,7	5.1 b
Portugal	3,6	4,2	4,2	3,4	3,3	3,2	3,1	3,1
Slovak Republic					6,5	6,3	6,2	5,9
Spain			3,8	3,6	3,3	3,2	3,1	3,1
Sweden		5.5 <sup>-3</sup>	5,1	4,1	2,4	2.4 <sup>-1</sup>	2.4 <sup>-2</sup>	2.4 <sup>-3</sup>
Switzerland	8,2	7,1	7,2	6,5	4,1	4	3,9	3,9
Turkey		1,3	1,5	2	2,2	2,1	2,1	2.3 b
United Kingdom					3,7	3,7	3,7	3,7
United States	3,5	4,1	4,4	3,7	2,9	2,9	2,9	2,8

### Notas:

- a) -1, -2, -3, 1, 2, 3 shows that data refers to 1, 2 or 3 previous or following year(s).
- b) The definition of "acute care" beds may vary from one country to the other. Cross-country variations should therefore be interpreted with caution.
- c) "b" means there is a break in the series for the given year.

Fonte: OECD HEALTH DATA 2005, October 05

[www.irdes.fr/ecosante/OCDE/220020.html](http://www.irdes.fr/ecosante/OCDE/220020.html)





## **ANEXO 6**



## Acute care beds - /1 000 population

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Australia	4,2	4,1	4,0	3,9	3,8	3,8	3,7	3,6	3,6 <sup>'1</sup>
Austria	6,6	6,6	6,5	6,4	6,4	6,3	6,2	6,1	6
Belgium	4,7	4,6	4,6			4,1	4	4	4,0 <sup>'1</sup>
Canada	4,3	4,0	3,9	3,8	3,4	3,3	3,2	3,2	3,2 <sup>'1</sup>
Czech Republic	7,2	6,9	6,8	6,7	6,6	6,6	6,5	6,5	6,5
Denmark	3,9	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5	3,4	3,4 <sup>'1</sup>	3,4 <sup>'2</sup>
Finland	4,0	3,7	2,8	2,6	2,5	2,4	2,4	2,3	2,3
France	4,6	4,5	4,4	4,3	4,2	4,1	4,0	3,9	3,8
Germany						6,8	6,7	6,6	6,6
Greece	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0			..
Hungary	7,0	6,9	6,3	6,4	6,3	6,3	6,0	5,9	5,9
Iceland	3,7								..
Ireland	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	3,0	3,0	3,0	3
Italy	5,5	5,7	5,2	5,0	4,5	4,3	4,6	3,9	3,9 <sup>'1</sup>
Japan						9,6	9,3	8,9	8,5
Korea	3,8	4,0	4,2	4,4	4,9	5,2	5,2	5,7	5,9
Luxembourg	6,2	6,1	6,0	6,0	5,9	5,9	5,9	5,8	5,7
Mexico	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0	1,1	1,0	1,0	1
Netherlands	3,8	3,7	3,7	3,7	3,6	3,5	3,3	3,2	3,2 <sup>'1</sup>
New Zealand									..
Norway	3,3	3,3	3,3	3,2	3,2	3,1	3,1	3,1	3,1
Poland	5,8	5,7	5,6	5,5	5,3	5,1	5,0	4,6	5,1 b
Portugal	3,3	3,4	3,1	3,3	3,3	3,3	3,2	3,1	3,1
Slovak Republic		6,5	6,2	6,1	6,1	5,9	5,6	5,5	5,9
Spain	3,0	3,0	3,0	2,9		2,8	3,2	3,1	3,1
Sweden	3,0	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,4 <sup>'1</sup>	2,4 <sup>'2</sup>	2,4 <sup>'3</sup>
Switzerland	5,5	5,5	4,9	4,4	4,4	4,1	4,0	3,9	3,9
Turkey	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,1	2,1	2,3 b
United Kingdom	4,0	4,3	4,3	4,1	4,1	3,9	3,9	3,9	3,7
United States	3,3	3,2	3,1	3,1	3,0	2,9	2,9	2,9	2,8

Fonte: adaptado do OECD HEALTH DATA 2004, 3rd edition



## **ANEXO 7**



## Acute care hospital beds per 100000

Countries	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
004 Austria	656.88	651.6	644.48	635.16	627.71	6,2037	607.43	609.5	601.39	...
007 Belgium	525,47	524,39	521,52	554,28	510,67	508,03	498,63	491,46	484,51	481,88
012 Czech Republic	692.1	668.75	658.78	650.4	631.83	634.25	631.09	631.31	629.72	620.26
013 Denmark	394.53	376.68	368.05	358.45	351.68	346.69	340.44	336.53	323.86	...
015 Finland	300.54	299.39	275.75	260.66	250.49	241.78	235.31	229.94	228.58	223.25
016 France	447.68	434.71	...	423.04	417.43	408.89	398.42	389.6	379.8	...
018 Germany	745,92	725	707,39	696,86	688,62	680,94	671,22	663,52	656,69	644,03
019 Greece	385.09	387.91	384.62	...	...	...	...	...	...	...
020 Hungary	695.76	690.23	634.49	638.83	632.42	628.74	597.94	594.71	592.72	589.82
021 Iceland	375.23	368.17	...	...	...	...	...	...	...	...
022 Ireland	322.08	320.32	312.58	306.72	301.87	301.41	300.74	301.26	296.11	293.17
024 Italy	510,32	508,62	471,76	448,97	423,3	402,65	397,88	379,65	360,19	...
029 Luxembourg	571.64	563.52	556.29	549.25	582.2	565.79	564.28	558.74	554.06	...
032 Netherlands	353.61	347.44	345.97	342.21	336.56	323.78	307.38	305.06	...	...
033 Norway	333.41	328.58	326.37	323.74	317.49	311.95	308.94	311.76	311.25	309.44
034 Poland	576.25	573.39	563.79	552.76	530.18	509.96	501.57	465.77	...	...
035 Portugal	330.17	336	333.15	325.57	331.84	328.31	320.77	311.09	309.05	...
041 Slovakia	753,94	750,64	726,26	709,61	703,65	688,86	674,37	671,22	638,58	610,63
042 Slovenia	475.82	467.92	467.57	462.12	456.8	445.57	423.59	414.29	401	385.03
043 Spain	303,66	300,87	296,39	294,61	304,69	284,06	290,25	282,86	...	...
044 Sweden	304.16	282.47	269.05	257.04	253.84	244.86	234.45	228.33	223.09	222.63
045 Switzerland	549.66	523.2	531.03	440.12	442.31	409.76	396.96	391.83	389.11	...
048 Turkey	190.24	209.27	174.01	179.99	216.09	216.07	209.44	210.54	230.15	229.57
051 United Kingdom	244.12	244.82	243.94	241.64	...	...	...	...	...	...

Fonte: adaptado da World Health Organization





## **ANEXO 8**



### Summary of PPPs by country and sector

	Roads & Bridges	Light Railway	Heavy Railway	Schools	Health & Hospitals	Central Accommodation	Airports	Housing	Ports	Prisons	Water & Wastewater (incl solid waste)
	Principal sectors of PPP activity					Subsidiary sectors of PPP activity					
Member States											
Austria	▲		▲	○	▲	○	○			○	○
Belgium	▲	○	○	○			▲	▲			▲
Cyprus	▲						▲▲		▲		▲
Czech Republic	▲	○	○	○	○		○	○			▲▲
Denmark	▲		▲	▲		○			▲	○	
Estonia	○			○	○						
Finland	▲	○	○	▲	○	○					○
France	▲▲ ▲▲	▲▲ ▲▲	▲	○	▲	▲	▲		▲	▲	▲▲ ▲▲
Germany	▲▲	▲▲	▲▲	▲▲	○	▲	○			▲	▲▲▲
Greece	▲▲					○	▲▲ ▲▲				
Hungary	▲▲	○		▲▲	▲			○		▲	▲▲
Ireland	▲▲ ▲	▲		▲▲	▲	○		▲			▲▲▲
Italy	▲▲ ▲	▲▲			▲▲	○	▲	○	▲	○	▲
Latvia	○							○			
Lithuania		○									
Luxembourg							○				
Malta					▲			○			
Netherlands	▲▲		▲▲	▲	○	○		○	○	○	▲▲
Poland	▲	○	○			○	○	○	▲		▲
Portugal	▲▲ ▲▲	▲▲	○	○	▲		○	○	○	○	▲▲
Slovakia	○						○				○
Slovenia											▲▲
Spain	▲▲ ▲▲	▲▲	○	○	▲	○	○		▲▲ ▲▲		▲▲
Sweden	○	○	○		○						
UK	▲▲ ▲▲	▲▲ ▲▲		▲▲ ▲▲	▲▲ ▲▲	▲▲ ▲▲	▲▲ ▲▲	▲▲ ▲▲		▲▲ ▲▲	▲▲ ▲▲
Applicant Countries / EFTA											
Bulgaria	○						○				▲▲
Romania	▲▲				▲			○			▲▲
Turkey	○	○	○				▲▲				▲▲
Norway	▲▲		○	▲	▲	○				○	



**Legend**

- Discussions ongoing
- ▲ Projects in procurement
- ▲ ▲ Many procured projects, some projects closed
- ▲ ▲ ▲ Substantial number of closed projects
- ▲ ▲ ▲ ▲ Substantial number of closed projects, majority of them in operation

Fonte: European Investment Bank (2004) citando Pricewaterhouse Coopers & EIB



## **ANEXO 9**

**Resumo da estimação do Modelo Empírico (com todas as suas variáveis) pelo método de estimação da regressão logística (*logit*)**





# Logistic Regression

## Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	171	100,0
	Missing Cases	0	,0
	Total	171	100,0
Unselected Cases		0	,0
Total		171	100,0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

## Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
0	0
1	1

## Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed			Predicted		
			Y		Percentage Correct
			0	1	
Step 0	Y	0	155	0	100,0
		1	16	0	,0
Overall Percentage					90,6

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

## Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-2,271	,263	74,787	1	,000	,103

## Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables	X2	19,979	1
	X3	,581	1
	X1	,242	1
	YEAR	2,819	1
Overall Statistics		23,119	4

## Block 1: Method = Enter



### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	18,545	4	,001
	Block	18,545	4	,001
	Model	18,545	4	,001

### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	87,719	,103	,222

### Classification Table<sup>a</sup>

		Predicted		
		Y		Percentage Correct
		0	1	
Step 1	Observed Y			
	0	154	1	99,4
	1	13	3	18,8
Overall Percentage				91,8

a. The cut value is ,500

### Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>	X2	28,457	8,088	12,378	1	,000	2,28E+12
	X3	-,056	,245	,053	1	,819	,945
	X1	,093	,103	,821	1	,365	1,097
	YEAR	,264	,131	4,079	1	,043	1,302
	Constant	-529,499	261,090	4,113	1	,043	,000

a. Variable(s) entered on step 1: X2, X3, X1, YEAR.



## **ANEXO 10**

**Resumo da estimação do Modelo Empírico (apenas com a variável de demonstra maior nível de significância) pelo método de estimação da regressão logística (*logit*)**



# Logistic Regression

## Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	171	100,0
	Missing Cases	0	,0
	Total	171	100,0
Unselected Cases		0	,0
Total		171	100,0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

## Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
0	0
1	1

## Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed			Predicted		
			Y		Percentage Correct
			0	1	
Step 0	Y	0	155	0	100,0
		1	16	0	,0
Overall Percentage					90,6

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is ,500

## Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	-2,271	,263	74,787	1	,000	,103

## Variables not in the Equation

	Score	df	Sig.
Step 0 Variables X2	19,979	1	,000
Overall Statistics	19,979	1	,000

## Block 1: Method = Enter

### Omnibus Tests of Model Coefficients

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	12,226	1	,000
Block	12,226	1	,000
Model	12,226	1	,000





### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	94,038	,069	,149

Classification Table<sup>a</sup>

Observed			Predicted		
			Y		Percentage Correct
			0	1	
Step 1	Y	0	155	0	100,0
		1	13	3	18,8
Overall Percentage					92,4

a. The cut value is ,500

### Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>	X2	22,878	7,086	10,424	1	,001	8,63E+09
	Constant	-2,452	,293	70,072	1	,000	,086

a. Variable(s) entered on step 1: X2.